

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、実施・評価・改善等を行うものとした。

あさぎり町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

第 2 期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、P D C A サイクルに沿って運用するものである。

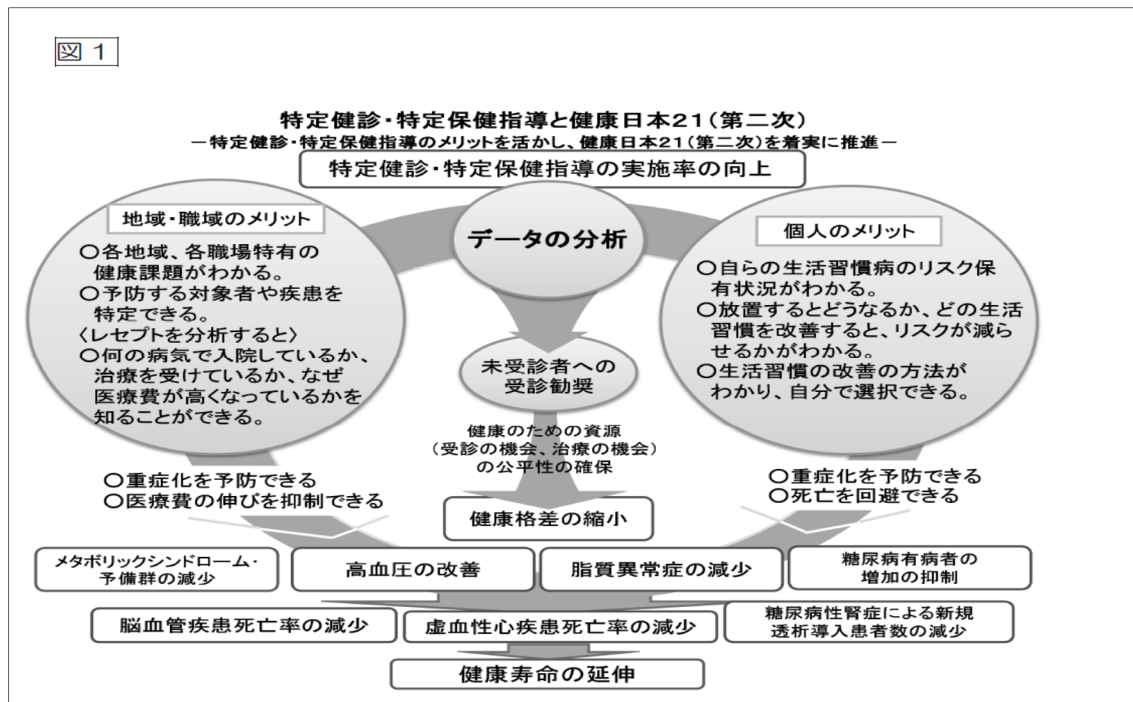
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、熊本県における医療費の見通しに関する計画やあさぎり健康 21 計画、熊本県保健医療計画、介護保険事業計画等と調和のとれたものとする必要がある。（図表 1・2・3）

【図表 1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
※ 健康増進事業法とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法						
	あさぎり健康21計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「熊本県における医療費の見直しに関する計画」	「熊本県保健医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年6月 「国民健康保険法」に基づく（保健事業の実施等に関する指針の一部改正）	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に関する保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	熊本県、義務、あさぎり町、努力義務	医療保険者	医療保険者	あさぎり町、義務、熊本県、義務	熊本県、義務	熊本県、義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の予防や生活習慣改善を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指す。その結果、社会生活の質の向上を図る。また、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による生活習慣病の予防を図るとともに、健康寿命の延伸を図る。また、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び医療費の抑制を図る。また、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防または、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民健康保険を堅持して、国民生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度の増大しないようしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通して、地域においても切れ目のない医療の提供を確保し、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、青年期、高齢期）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期、壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病・糖尿病、腎臓管尿等症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	「353項目中」特定健康診査に照準する項目15項目 ① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ② 合併症（糖尿病性腎症・糖尿病性神経障害・糖尿病性網膜症）の割合 ③ 治療継続者の割合 ④ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤ 糖尿病有病者 ⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実・率 ⑦ メタボリックシンドローム該当者 ⑧ 高血圧 ⑨ 脂質異常症 ⑩ 関連疾患を併発している者の割合（脳、心、腎） ⑪ 適切な薬と食の食事をとる ⑫ 日常生活における歩数 ⑬ 運動習慣者の割合 ⑭ 成人の喫煙率 ⑮ 飲酒している者	① 特定健康診査受診率 ② 特定保健指導実・率	健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1) 生活習慣の状況（特定健康診査受診率） ① 食生活 ② 日常生活における歩数 ③ アルコール摂取量 ④ 喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ① 特定健康診査② 特定保健指導率 ③ 健康結果の変化 ④ 生活習慣病の有病者・・・⑤ (3) 医療費等 ① 医療費 ② 医療費/介護費	① 地域における自立した日常生活の支援 ② 介護状態の・・・軽減・悪化の防止 ③ 介護給付費の適正化	○ 医療費適正化の取組 外来 ① 一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ② 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③ メタボ該当・予備群の減少 ④ 糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	① 疾病F事業 ② 在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 （保険者努力支援制度制度分）を減額し、保険料率決定			保険者協議会（事務局：国保連合会）による計画作成支援	

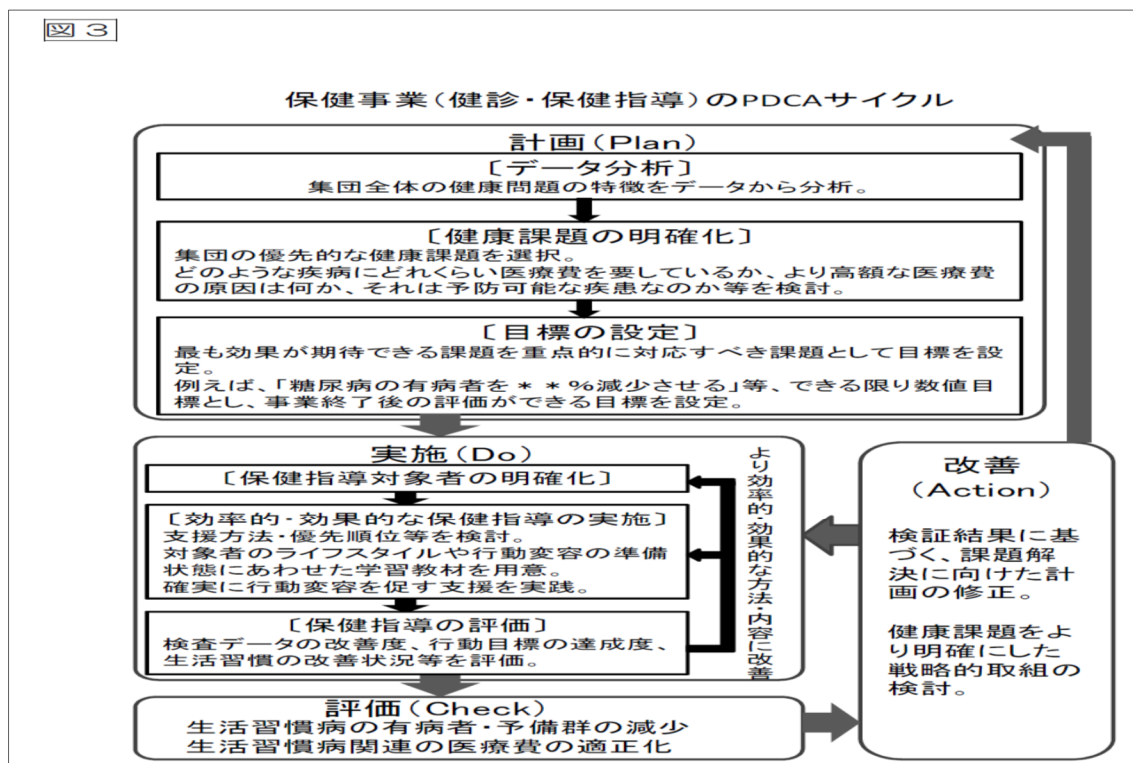
標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より一部抜粋

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、熊本県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4.関係者が果たすべき役割と連携

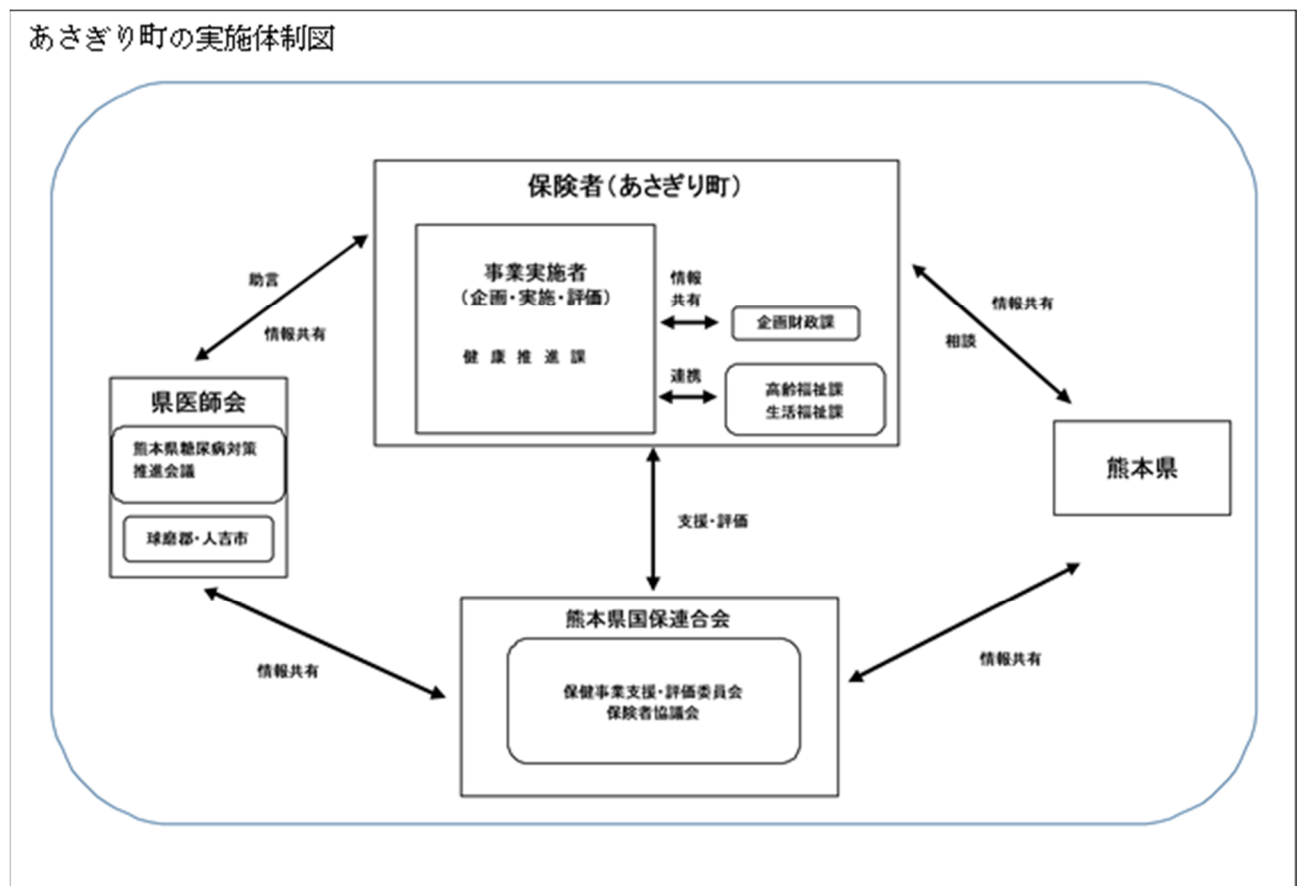
1) 実施主体関係部の役割

あさぎり町では、健康推進課において保健師等の専門職と国民健康保険担当とが連携して健康づくりを進めていくことを目的にデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局がかかわっている。

具体的には、健康推進課において専門職と担当者が事業の企画・実施・評価を協力して行い、介護保険を担当する高齢福祉課、生活保護を担当する生活福祉課と、実態の共有化や事業の検討を連携していく。企画財政課には医療費等の社会保障費の状況を説明し、情報共有を図っていく。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者、チームの業務を明確化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引き継ぎを行う等体制を整えることも必要である。(図表4)

【図表4】



2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が必要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者であるあさぎり町の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB(国保データベース)の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成 30 年度から熊本県があさぎり町国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に保険者機能の強化については、熊本県の関与が更に重要となる。

このため、あさぎり町国保は、計画素案について熊本県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、熊本県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と熊本県は、ともにあさぎり町の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めることが重要である。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、圏域で開催される地域職域連携会議等を活用し、地域と職域が連携して取り組みを検討していくことも重要である。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。（平成 30 年度から本格実施）

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。（図表 5）

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		198	360	516	850
交付額(万円)		209	438		
全国順位(1,741市町村中)		879			
共通 ①	特定健診受診率	15	15		50
	特定保健指導実施率	20	20		50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15	15		50
共通 ②	がん検診受診率	10	10		30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	0		20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0	40		100
固有②	データヘルス計画策定状況	0	30		40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	17	15		25
	個人インセンティブ提供	0	45		70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25		35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	0	0		35
	後発医薬品の使用割合	10	10		40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	15	20		100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15		25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	9		25
	第三者求償の取組の実施状況	6	21		40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較から死因別にみると心臓病・腎不全による死亡割合は減少しているものの脳血管疾患・糖尿病による死亡割合は増加している。また、脳血管疾患、腎不全による死亡割合は、同規模、国、県よりも高い状況にあった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は上昇しているものの40～64歳の2号認定者割合は減少。また、同規模、国、県よりも全体の認定率も低い。しかし、介護給付費においては1件当たり給付費が同規模、国、県よりも高く、要介護3～5の割合が県よりも高い現状にあり、介護度が高いことでサービス量も増えることや、1件当たりの給付費が高いことにつながっていると思われる。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。しかし、その中でも入院においては、高血圧、脂質異常症、心疾患において1件当たりの費用額が上がっていることがわかる。また、外来においては糖尿病における1件当たりの費用額が上がっており、特定健診の状況からみてもメタボ該当、予備群の増加、および該当、予備群レベルの要指導以上項目が重なっている人の増加なども考えると、今後も重症化するリスクが高い対象者が増えていくということが言える。

第1期計画期間においては、未受診者対策および重症化予防対策に取り組んできた。未受診者対策では、40～49歳の若い世代に対象を絞り、未申込者への個別訪問を実施したり、重症化予防対策においては、平成29年度より地区担当制を重視し、加えて嘱託看護師の雇用を行い、紹介状発行者への受診勧奨訪問と生活習慣の指導を実施している。

今後は医療費適正化の観点からも、治療中の人の重症化予防の取り組みや、健診や治療をまったく受けていない人の特定健診受診への勧奨などの取組として受診体制の検討も引き続き重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

平成25年度と平成28年度を比較すると、介護給付費および1件当たり給付費ともに増加している。同規模町村と比較すると、当町は介護保険認定率は低いものの1件当たり給付費は高い状況にある。介護給付費の変化についても、同規模平均では1件当たり給付費の伸びは600円程度であるが、当町においては、約2,000円の伸びであることに加え、同規模平均よりも5,000円程度1件当たりの給付費は高い。

介護保険の状況から考えると、要介護3～5の介護度が高い人の割合をみても、熊本県は1号34%、2号33.9%であるのに対し、当町では、1号44.3%、2号44.4%とどちらの年代でも高い状況がみられている。このことは、介護度が高くなると、サービス量も増えること、1人当たりの給付費も高いことから全体的に1件当たりの給付費が高いことにつながっていると思われる。また、2号保険者の要介護3～5の原因疾患のうち脳血管疾患は83.3%、

認知症 16.7%という割合になっており、これらの費用を抑制するためにも重症化させないような対策が必要となる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	あさぎり町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	16億5,143万円	70,316	42,551	287,145	67,744	41,879	281,910
平成28年度	17億4,923万円	72,256	43,757	293,637	67,108	41,924	276,079

② 医療費の状況（図表 7）

当町の国保加入率は、30.4%（H25）から 26.9%（H28）と下がってきている状況にあるが、65歳～74歳の加入年齢割合が 40.1%と平成 25 年度から 7%上昇しており、今後も高齢化が進むことを考えても総医療費は高くなることが考えられる。

また、一人当たり医療費も国、県、同規模町村と比較しても 1,000 円～4,000 円ほど高いのが現状である。

医療費の伸び率を入院、入院外でみると平成 25～26 年度は入院の伸び率が高かったがそれ以降は入院外の伸び率の方が上昇している。生活習慣病等にて治療の必要な人が増加していることや、医療機関においても長期入院を減らし、外来通院で対応していくことが増えていることが考えられる。生活習慣病に占める割合において、当町は慢性腎不全（透析あり）、糖尿病、高血圧症において国・県・同規模よりも高い状況である。透析においては、糖尿病が重症化しての透析も増えてきているが、高血圧症からの透析割合も高いことから今後も特に重症化しないような取り組みが必要である。

【図表 7 参考資料 1 様式 6-1 抜粋】

項目			あさぎり町		同規模平均		県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
国保の状況	被保険者数		4,442		574,796		471,539		32,578,866	
		65～74歳	1,783	40.1			182,325	38.7	12,461,613	38.2
		40～64歳	1,632	36.7			162,787	34.5	10,946,712	33.6
		39歳以下	1,027	23.1			126,427	26.8	9,179,541	28.2
	加入率		26.9		26.0		26.3		26.9	
医療費の状況	一人当たり医療費		28,738	県内20位 同規模34位	26,719		27,974		24,245	
	受診率		800.803		708.781		752.848		686.286	
	外 来	費用の割合	59.6		57.8		55.7		60.1	
		件数の割合	97.0		96.9		96.9		97.4	
	入 院	費用の割合	40.4		42.2		44.3		39.9	
		件数の割合	3.0		3.1		3.4		2.6	
	1件あたり在院日数		17.2日		16.6日		18.0日		15.6日	
	がん		179,135,940	19.8	24.4		20.5		25.6	
医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名（調割合む）	慢性腎不全（透析あり）		116,053,520	12.8	9.4		12.4		9.7	
	糖尿病		92,473,300	10.2	10.2		9.5		9.7	
	高血圧症		99,001,480	10.9	9.0		8.4		8.6	
	精神		171,962,310	19.0	18.4		22.4		16.9	
	筋・骨格		124,360,260	13.8	15.2		15.1		15.2	

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

総医療費および一人あたり医療費は増加している。生活習慣病の視点からみても中長期目標疾患としてみていく脳血管疾患、心疾患、腎疾患の総医療費に占める割合はすべてにおいて高くなっている。特に慢性腎不全（透析有）の割合については 5%以上上昇している。慢性腎不全（透析無）が減少しているが、それでも県・国と比較すると 2 倍くらいである。

また、短期目標疾患としてみていく糖尿病、高血圧、脂質異常症においても全て上昇、国および県と比較しても高い現状にあります。特に糖尿病、脂質異常症の割合は H25 年度と比べ約 2 倍となっていることから、生活習慣病の基礎疾患が重症化しないようなコントロールが必要と考える。それ以外の新生物、精神疾患、筋・骨疾患も平成 25 年と比較すると上昇しており、国よりも高い状況にある。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較)																	
同規模区分	市町村名		総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費系		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
						同規模	県内										
	H25	あさぎり町	1,512,162,080	24,598	63位	31位	7.71%	1.37%	3.39%	0.66%	5.94%	8.26%	2.51%	451,167,730	29.84%	9.20%	10.90%
H28		1,567,789,750	28,738	34位	20位	12.80%	1.00%	3.40%	2.50%	10.20%	10.90%	5.20%	417,913,800	26.66%	19.80%	19%	13.80%
H28	熊本県	88,985,627,540	27,974	-	-	12.40%	0.50%	3.60%	2.40%	9.50%	8.40%	4.70%	32,721,121,280	36.77%	20.50%	22.40%	15.10%
	国	9,677,041,336,540	24,253	-	-	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

④ 中長期的な疾患 (図表 9)

中長期的目標疾患としてみている虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析は、H25 年度と比較すると、虚血性心疾患、人工透析の全体的割合は上昇しているが、64 歳以下の割合は維持および減少している。65 歳以上の被保険者数も伸びており、今後も 65～74 歳の被保険者数の増加していくことが考えられ、疾患をもつ割合も引き続き増えていく可能性もある。

また、中長期的目標疾患に関連する短期目標疾患においてもすべてにおいて糖尿病、脂質異常症の割合は上昇している。現在人工透析は高血圧を基礎疾患としている人が 9 割と高いが、糖尿病 54.5% (H25 年 31.8%) 脂質異常症 31.8% (H25 年 13.6%) という状況から考えると、基礎疾患の重なりは脳血管疾患、心疾患、腎疾患の発症リスクを高めるため、併せ持っている人、単独にて治療している人のどちらも重症化しないための取り組みが必要となる。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標								短期的な目標					
			虚血性心疾患													
			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症					
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	5,017	112	2.2	20	17.9	5	4.5	96	85.7	51	45.5	70	62.5		
	64歳以下	3,360	36	1.1	3	8.3	3	8.3	29	80.6	16	44.4	24	66.7		
	65歳以上	1,657	76	4.6	17	22.4	2	2.6	67	88.2	35	46.1	46	60.5		
H28	全体	4,442	121	2.7	24	19.8	5	4.1	103	85.1	63	52.1	89	73.6		
	64歳以下	2,659	23	0.9	4	17.4	3	13.0	19	82.6	11	47.8	15	65.2		
	65歳以上	1,783	98	5.5	20	20.4	2	2.0	84	85.7	52	53.1	74	75.5		

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標								短期的な目標					
			脳血管疾患													
			虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症					
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	5,017	252	5.0	20	7.9	5	2.0	211	83.7	73	29.0	98	38.9		
	64歳以下	3,360	77	2.3	3	3.9	5	6.5	61	79.2	22	28.6	28	36.4		
	65歳以上	1,657	175	10.6	17	9.7	0	0.0	150	85.7	51	29.1	70	40.0		
H28	全体	4,442	197	4.4	24	12.2	6	3.0	165	83.8	69	35.0	101	51.3		
	64歳以下	2,659	42	1.6	4	9.5	2	4.8	35	83.3	13	31.0	23	54.8		
	65歳以上	1,783	155	8.7	20	12.9	4	2.6	130	83.9	56	36.1	78	50.3		

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標								短期的な目標					
			人工透析													
			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症					
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	5,017	22	0.4	5	22.7	5	22.7	20	90.9	9	40.9	5	22.7		
	64歳以下	3,360	17	0.5	5	29.4	3	17.6	16	94.1	6	35.3	3	17.6		
	65歳以上	1,657	5	0.3	0	0.0	2	40.0	4	80.0	3	60.0	2	40.0		
H28	全体	4,442	21	0.5	6	28.6	5	23.8	19	90.5	11	52.4	5	23.8		
	64歳以下	2,659	12	0.5	2	16.7	3	25.0	11	91.7	5	41.7	1	8.3		
	65歳以上	1,783	9	0.5	4	44.4	2	22.2	8	88.9	6	66.7	4	44.4		

（３）短期目標の達成状況

①共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

短期目標である糖尿病、高血圧、脂質異常症は64歳以下および65歳以上ともに割合は増加。特に糖尿病、高血圧を基礎疾患として脂質異常症を併せ持つ人の割合が増えている。

また、中長期目標から言えるところは、糖尿病、高血圧、脂質異常症が関係する虚血性心疾患割合が全体的に平成25年度から増えており、その中でも65歳以上の割合が上がっている。

糖尿病の割合増加に比べ、インスリン療法の割合は減少していることを考えると、早期の治療開始が、重症化の予防につながっていることが考えられる。しかし、人工透析が全体的に増えていることもあり、特に65歳以上の人工透析および糖尿病性腎症の割合が増加している。KDBより同じ月を基準としてH25年度とH28年度を比較してみても糖尿病からの人工透析は39.1%から45.5%へ割合は増加しており、重症化して人工透析へ移行している人たちが増えているということがわかる。今後もさらに糖尿病、高血圧、脂質異常症で重症化しないような取り組みが必要となる。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標									中長期的な目標							
			糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5017	536	10.7	57	10.6	403	75.2	330	61.6	51	9.5	73	13.6	9	1.7	33	6.2	
	64歳以下	3360	209	6.2	29	13.9	141	67.5	133	63.6	16	7.7	22	10.5	6	2.9	19	9.1	
	65歳以上	1657	327	19.7	28	8.6	262	80.1	197	60.2	35	10.7	51	15.6	3	0.9	14	4.3	
H28	全体	4442	579	13.0	52	9.0	423	73.1	370	63.9	63	10.9	69	11.9	11	1.9	35	6.0	
	64歳以下	2659	178	6.7	19	10.7	112	62.9	114	64.0	11	6.2	13	7.3	5	2.8	10	5.6	
	65歳以上	1783	401	22.5	33	8.2	311	77.6	256	63.8	52	13.0	56	14.0	6	1.5	25	6.2	

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標							
			高血圧				糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
							人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5017	1196	23.8	403	33.7	599	50.1	96	8.0	211	17.6	20	1.7		
	64歳以下	3360	452	13.5	141	31.2	214	47.3	29	6.4	61	13.5	16	3.5		
	65歳以上	1657	744	44.9	262	35.2	385	51.7	67	9.0	150	20.2	4	0.5		
H28	全体	4442	1279	28.8	423	33.1	679	53.1	103	8.1	165	12.9	19	1.5		
	64歳以下	2659	383	14.4	112	29.2	191	49.9	19	5.0	35	9.1	11	2.9		
	65歳以上	1783	896	50.3	311	34.7	488	54.5	84	9.4	130	14.5	8	0.9		

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標									
			脂質異常症						虚血性心疾患						脳血管疾患		人工透析	
									糖尿病		高血圧		人数		割合		人数	
H25	全体	5017	822	16.4	330	40.1	599	72.9	70	8.5	98	11.9	5	0.6				
	64歳以下	3360	338	10.1	133	39.3	214	63.3	24	7.1	28	8.3	3	0.9				
	65歳以上	1657	484	29.2	197	40.7	385	79.5	46	9.5	70	14.5	2	0.4				
H28	全体	4442	932	21.0	370	39.7	679	72.9	89	9.5	101	10.8	5	0.5				
	64歳以下	2659	295	11.1	114	38.6	191	64.7	15	5.1	23	7.8	1	0.3				
	65歳以上	1783	637	35.7	256	40.2	488	76.6	74	11.6	78	12.2	4	0.6				

②健診結果の有所見者割合の経年変化（図表 11）

健診結果の有所見者割合の変化をみると、男性、女性ともに BMI、腹囲、空腹時血糖、HbA1c、尿酸の有所見者が増加している。特に HbA1cにおいては、平成25年度は男女ともに 57%台であったものの平成28年度は 72～73%と大幅に増加している。このことは、内臓脂肪の過多によってインスリンの働きが落ちている状態が関係していることも考えられる。男性においては中性脂肪、GPT、LDL-C も増加しており特に 40～64 歳代においては男性の有所見者割合が高い項目が多いことから若い世代からの生活習慣病予防の取り組みが必要である。

また、メタボリックシンドローム該当者・予備軍についても男女ともに腹囲のみ、予備軍、該当者全てにおいて割合は増加している。特にメタボリックシンドローム該当者についての 65～74歳の人では男女ともに血圧、血糖、脂質の3項目すべての項目が高い割合が増えており、リスクの重なりを考えると重症化していく可能性も高くその前の年代から早めに取り組む必要がある。

【図表 11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省6-2~6-7)

☆No.23帳票

性別	項目	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	283	29.3	393	40.6	237	24.5	197	20.4	72	7.4	316	32.7	560	57.9	179	18.5	442	45.7	264	27.3	445	46.0	17	1.8
	40-64	146	29.0	199	39.5	151	30.0	126	25.0	43	8.5	154	30.6	278	55.2	102	20.2	216	42.9	160	31.7	265	52.6	5	1.0
	65-74	137	29.6	194	41.9	86	18.6	71	15.3	29	6.3	162	35.0	282	60.9	77	16.6	226	48.8	104	22.5	180	38.9	12	2.6
H28	合計	259	29.7	405	46.4	249	28.5	185	21.2	65	7.4	338	38.7	631	72.3	186	21.3	328	37.6	154	17.6	407	46.6	11	1.3
	40-64	118	30.6	171	44.3	130	33.7	111	28.8	33	8.5	132	34.2	248	64.2	89	23.1	132	34.2	86	22.3	188	48.7	1	0.3
	65-74	141	29.0	234	48.0	119	24.4	74	15.2	32	6.6	206	42.3	383	78.6	97	19.9	196	40.2	68	14.0	219	45.0	10	2.1

性別	項目	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	266	24.0	213	19.2	155	14.0	97	8.7	26	2.3	223	20.1	633	57.0	18	1.6	404	36.4	146	13.2	630	56.8	4	0.4
	40-64	122	21.9	88	15.8	69	12.4	56	10.1	9	1.6	82	14.7	289	52.0	3	0.5	162	29.1	81	14.6	311	55.9	1	0.2
	65-74	144	26.0	125	22.6	86	15.5	41	7.4	17	3.1	141	25.5	344	62.1	15	2.7	242	43.7	65	11.7	319	57.6	3	0.5
H28	合計	238	25.0	210	22.1	120	12.6	82	8.6	19	2.0	203	21.3	698	73.3	20	2.1	320	33.6	94	9.9	504	52.9	2	0.2
	40-64	88	21.2	74	17.8	51	12.3	38	9.2	5	1.2	76	18.3	275	66.3	3	0.7	122	29.4	41	9.9	226	54.5	1	0.2
	65-74	150	27.9	136	25.3	69	12.8	44	8.2	14	2.6	127	23.6	423	78.8	17	3.2	198	36.9	53	9.9	278	51.8	1	0.2

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (帳票)

性別	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	873	53.9	50	5.7%	130	14.9%	5	0.6%	86	9.9%	39	4.5%	225	25.8%	42	4.8%	12	1.4%	102	11.7%	69	7.9%
	40-64	386	49.4	32	8.3%	54	14.0%	2	0.5%	26	6.7%	26	6.7%	85	22.0%	15	3.9%	8	2.1%	45	11.7%	17	4.4%
	65-74	487	58.0	18	3.7%	76	15.6%	3	0.6%	60	12.3%	13	2.7%	140	28.7%	27	5.5%	4	0.8%	57	11.7%	52	10.7%
女性	合計	952	60.0	31	3.3%	85	8.9%	1	0.1%	62	6.5%	22	2.3%	94	9.9%	17	1.8%	2	0.2%	43	4.5%	32	3.4%
	40-64	415	57.7	17	4.1%	32	7.7%	0	0.0%	21	5.1%	11	2.7%	25	6.0%	6	1.4%	0	0.0%	11	2.7%	8	1.9%
	65-74	537	61.9	14	2.6%	53	9.9%	1	0.2%	41	7.6%	11	2.0%	69	12.8%	11	2.0%	2	0.4%	32	6.0%	24	4.5%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12-1.12-2)

特定健診受診率は、国・県・同規模町村と比較すれば高い方ではあるものの平成 25 年度と平成 28 年度の受診率をみると、ほぼどの年代も低下している。また、女性よりも男性の受診率が全年齢ともに低い状況である。今後も健診の継続受診の必要性と、若い世代の新規対象者の受診が課題になると考える。

特定保健指導については、受診率についても、国・県・同規模町村よりは高い状態であるが、保健指導対象者はリピーターが多くなかなか改善がみられていないという状況もある。

【図表12-1】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								あさぎり町	同規模平均
H25年度	3,493	2,077	59.5%	3位	201	116	57.7%	55.10%	56.60%
H28年度	3,204	1,825	57.0%	3位	194	118	60.8%	51.60%	55.90%

特定健診受診率(様式6-11より)

【図表12-2】

男性 (%)		40-49	50-59	60-69	70-74
	H25	47.9	47.6	59	61.9
	H28	47.3 ↓	51	54.7 ↓	58.2 ↓
女性 (%)		40-49	50-59	60-69	70-74
	H25	52.4	61.1	63.6	68.6
	H28	51.7 ↓	59.6 ↓	61.1 ↓	61 ↓

2) 第1期に係る考察

第1期計画では、中長期目標疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らしていくことを目標として紹介状発行者へ結果説明会や訪問の中で治療の必要性を理解して頂くような関わりや、未受診者対策として訪問や電話等での受診勧奨など個別的な取り組みを強化してきた。

その結果、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の新規患者数(千人あたり)は減少しているが、糖尿病性腎症においては同規模町村の2倍とまだまだ多い現状にあり、人工透析も増加していることを考えると、今後も新規患者をできるだけ抑えるような重症化予防の取り組みが必須と考える。

短期目標については、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくこととして取り組んできたが、健診結果から見ると、血圧に関しては要指導以上の減少が見られており、このことは、結果説明会や訪問指導において治療が必要な人への受診勧奨や、出前講座において家庭での血圧測定のすすめや記録、また健診の受診も含め推進してきたことから、血圧コントロールの必要性へつながったことも考えられる。

しかし、それ以外についての指標は要指導以上の割合はすべて増加しており、特に糖尿病の1つの指標となるHbA1cは男女ともに大幅に増加している。メタボリックシンドロームも予備軍、該当者ともに増加していることを考えると、インスリン抵抗性が項目増加の1つの原因になっていることが考えられる。

第2期計画においても重症化予防対象者のうち治療中の課題で割合が高い課題は、メタボリックシンドロームと糖尿病としていたように、薬物療法のみでなく生活習慣の改善、特に食事療法と併用して進めていくことが必要であり、かかりつけ医と連携した取り組みを行っていくことが大切である。

また、生活習慣病は自覚症状がない状態で進んでいくことから、継続した健診受診と自分の身体の状態から生活習慣を見直していただく保健指導を今後も重症化予防の視点を持ち優先順位をつけながら実施していく。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

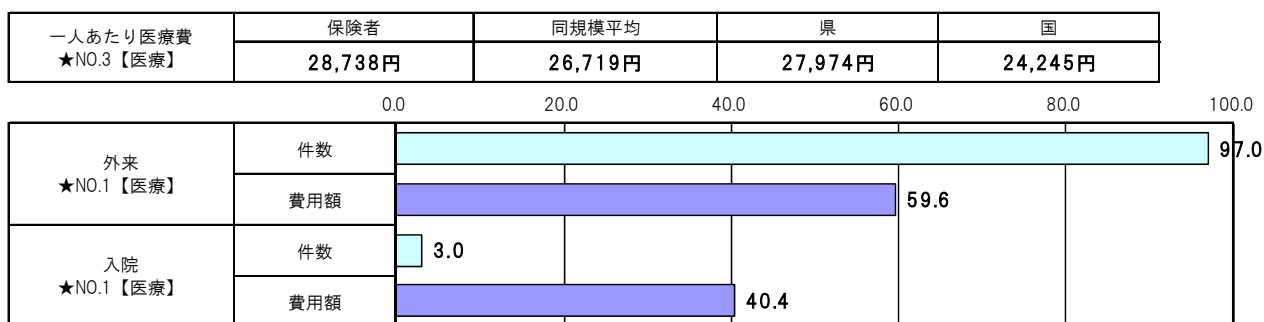
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と外来の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

外来と入院での費用額の割合を見ると、件数割合は外来 97%、入院 3%であるものの、費用割合は外来約 60%、入院約 40%であり、重症化して入院している割合が高いことが考えられる。重症化の取組により入院を減らすことで、結果として住民の QOL 向上、医療費の適正化につながっていくものとする。

[図表 13]

入院と外来の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

医療費が高額になっている疾患、長期に入院することによって医療費の負担が増大している疾患、また長期化する疾患について分析する。

○ひと月 100 万円以上の高額になる疾患では、脳血管疾患と虚血性心疾患が費用の全体の 6.2%、約 1,500 万円かかっている。

○6 ヶ月以上の長期入院レセプトを見ると、脳血管疾患、虚血性心疾患は長期入院の約 2 割、3,400 万円を占めているが、精神疾患の長期入院の方が多く、件数では全体の約 7 割、費用では約 6 割の約 1 億円となっている。

○長期療養する疾患である人工透析は、糖尿病性腎症が人工透析費用全体の約 55%、約 7,000 万円を占めており、1 人当たり年間約 600 万円以上の医療費がかかり、糖尿病由来の他の合併症により QOL も低下することから、新規人工透析導入者を減少させる必要がある。糖尿病の重症化を予防することが腎臓を守り、新規人工透析導入者を減らすことにつながるとともに、脳血管疾患や心疾患の予防にも効果がある。これらの疾患の基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の人へ早期受診勧奨を行い、治療中断を防ぐことが、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析への移行と重症化を防ぐことにつながる。

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （100万円以上レセ）	人数	90人									
					2.2%		7.8%		24.4%		70.0%	
		件数	147件		2件		7件		37件		101件	
					1.4%		4.8%		25.2%		68.7%	
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.0%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	2	5.4%	1	1.0%
				50代	0	0.0%	2	28.6%	8	21.6%	9	8.9%
				60代	1	50.0%	4	57.1%	20	54.1%	59	58.4%
				70-74歳	1	50.0%	1	14.3%	7	18.9%	29	28.7%
		費用額	2億2467万円		315万円		1160万円		6021万円		1億4972万円	
1.4%					5.2%		26.8%		66.6%			

*最大医療資源傷病名（主病）で計上

*疾患別（脳・心・がん・その他）の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト（28年度）		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	人数	40人			
				67.5%	12.5%	5.0%
		件数	389件	274件	39件	24件
				70.4%	10.0%	6.2%
		費用額	1億6230万円	9363万円	1794万円	1596万円
				57.7%	11.1%	9.8%

*精神疾患については最大医療資源傷病名（主病）で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）

厚労省様式	対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	H29.5 診療分	人数	22人			
様式2-2 ★NO.12（CSV）		H28年度 累計	件数	294件	54.5%	27.3%	18.2%
					費用額	1億2180万円	6644万円
					55.1%	26.9%	20.1%
					54.5%	26.0%	19.8%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト（H29年5月診療分）	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13～18 （帳票）	生活習慣病の治療者数 構成割合	1,978人				
				10.6%	6.3%	1.1%
		の基礎な 重大疾患	高血圧			
				79.4%	85.6%	90.9%
			糖尿病			
				35.4%	56.0%	100.0%
		脂質異常症				
			50.7%	71.2%	50.0%	
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
1,283人						
64.9%						

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 15）

本町の 1 号被保険者の 19.6%が要介護認定を受けており、約 5 人に 1 人が 要介護認定を受け、75 歳以上では、31%と認定率は高くなる。介護認定者のうち要介護 3 から 5 の重症者が全体の 44.3%と高く、レセプトから有病状況を分析すると、脳血管疾患等の血管疾患によるものが全体の 92%で、筋骨格疾患の 72%を上回っている。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より 3,570 円高い状況（約 2 倍）で、重症化すると介護給付費、医療費ともに増加するので、特定健診を受診し、血管疾患共通のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化を防ぐことが、介護予防と医療費適正化につながる。

何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分			2号		1号					合計			
	年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	被保険者数			5,595人		2,100人		2,909人		5,009人		10,604人		
	認定者数			18人		78人		902人		980人		998人		
	認定率			0.32%		3.7%		31.0%		19.6%		9.4%		
	新規認定者数（＊1）													
	介護度 別人数	要支援1・2			33.3%		29.5%		17.5%		18.5%		18.7%	
		要介護1・2			22.2%		29.5%		37.9%		37.2%		37.0%	
要介護3～5			44.4%		41.0%		44.6%		44.3%		44.3%			
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分			2号		1号					合計			
	年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数（全体）			28		128		902		1,030		1,058		
	再）国保・後期			20		108		850		958		978		
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器 疾患	1	脳卒中		脳卒中		脳卒中		脳卒中		脳卒中		
			2	腎不全		虚血性 心疾患		虚血性 心疾患		虚血性 心疾患		虚血性 心疾患		
			3	虚血性 心疾患		腎不全		腎不全		腎不全		腎不全		
		基礎疾患 （＊2）	糖尿病		糖尿病		糖尿病		糖尿病		糖尿病			
			高血圧		高血圧		高血圧		高血圧		高血圧			
			脂質 異常症		脂質 異常症		脂質 異常症		脂質 異常症		脂質 異常症			
		血管疾患 合計		合計		合計		合計		合計		合計		
		認知症		認知症		認知症		認知症		認知症		認知症		
		筋・骨格疾患		筋骨格系		筋骨格系		筋骨格系		筋骨格系		筋骨格系		

＊1）新規認定者についてはNO.49.要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
＊2）基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者医療費 （40歳以上）					7,502
要介護認定なし医療費 （40歳以上）			3,932		

2）健診受診者の実態（図表 16・17）

図表 16 からメタボリックシンドロームの割合は、男性は 40.7%（予備群 14.9%+該当者 25.8%）、女性は 18.8%（予備群 8.9%+該当者 9.9%）です。メタボリックシンドローム該当者の重なっている項目をみると、男性が血圧+脂質 11.7%、女性が 4.5%とともに一番多く、次いで 3 項目全てが男性 7.9%、女性 3.4%となっている。特にメタボリックシンドローム対象者の高血圧の割合が男性 84.2%、女性 86%と高いことから、血圧のコントロールが重要と考えられる。

「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」においては、高中性脂肪、耐糖能異常、高血圧、肥満のうち、3 個以上合併した場合の危険率は正常の人の 30 倍以上にもなるとされている。内臓脂

肪の蓄積は、生活習慣病の発症に関与し、肥満に加え、高血糖・高血圧等が重複した場合、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の発症リスクが高くなるため、内臓脂肪解消も引き続き推進する必要があります。

健診データ所見割合をみると、男女とも空腹時血糖・HbA1cが高い状況です。尿酸も男性では国・県と比較して高く、女性の65～74歳で高率を占めている。

HbA1cは、食事量・運動不足等の生活習慣が関係していると考えられる。男性のメタボリックシンドロームが多いことから、食事や飲酒への支援、あわせて運動をとり入れるなどの対策も必要。

【図表 16】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）														★NO.23（概要）											
男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	14,419	30.2	23,751	49.8	12,161	25.5	9,779	20.5	3,606	7.6	21,575	45.2	31,912	66.9	9,273	19.4	23,534	49.3	12,827	26.9	22,482	47.1	1,022	2.1	
保険者	合計	259	29.7	405	46.4	249	28.5	185	21.2	65	7.4	338	38.7	631	72.3	186	21.3	328	37.6	154	17.6	407	46.6	11	1.3
	40-64	118	30.6	171	44.3	130	33.7	111	28.8	33	8.5	132	34.2	248	64.2	89	23.1	132	34.2	86	22.3	188	48.7	1	0.3
	65-74	141	29.0	234	48.0	119	24.4	74	15.2	32	6.6	206	42.3	383	78.6	97	19.9	196	40.2	68	14.0	219	45.0	10	2.1
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	12,551	20.5	11,046	18.1	8,477	13.9	5,089	8.3	965	1.6	16,493	27.0	42,445	69.5	1,256	2.1	25,834	42.3	9,085	14.9	34,484	56.4	141	0.2	
保険者	合計	238	25.0	210	22.1	120	12.6	82	8.6	19	2.0	203	21.3	698	73.3	20	2.1	320	33.6	94	9.9	504	52.9	2	0.2
	40-64	88	21.2	74	17.8	51	12.3	38	9.2	5	1.2	76	18.3	275	66.3	3	0.7	122	29.4	41	9.9	226	54.5	1	0.2
	65-74	150	27.9	136	25.3	69	12.8	44	8.2	14	2.6	127	23.6	423	78.8	17	3.2	198	36.9	53	9.9	278	51.8	1	0.2
														※全国については、有所見割合のみ表示											

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）																		★NO.24（概要）					
男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	873	53.9	50	5.7%	130	14.9%	5	0.6%	86	9.9%	39	4.5%	225	25.8%	42	4.8%	12	1.4%	102	11.7%	69	7.9%
	40-64	386	49.4	32	8.3%	54	14.0%	2	0.5%	26	6.7%	26	6.7%	85	22.0%	15	3.9%	8	2.1%	45	11.7%	17	4.4%
	65-74	487	58.0	18	3.7%	76	15.6%	3	0.6%	60	12.3%	13	2.7%	140	28.7%	27	5.5%	4	0.8%	57	11.7%	52	10.7%
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	952	60.0	31	3.3%	85	8.9%	1	0.1%	62	6.5%	22	2.3%	94	9.9%	17	1.8%	2	0.2%	43	4.5%	32	3.4%
	40-64	415	57.7	17	4.1%	32	7.7%	0	0.0%	21	5.1%	11	2.7%	25	6.0%	6	1.4%	0	0.0%	11	2.7%	8	1.9%
	65-74	537	61.9	14	2.6%	53	9.9%	1	0.2%	41	7.6%	11	2.0%	69	12.8%	11	2.0%	2	0.4%	32	6.0%	24	4.5%

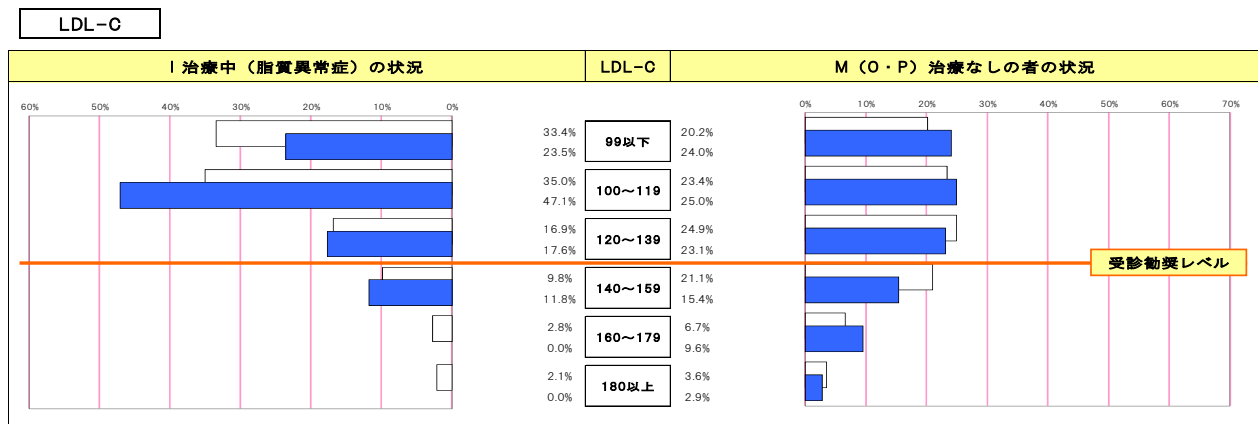
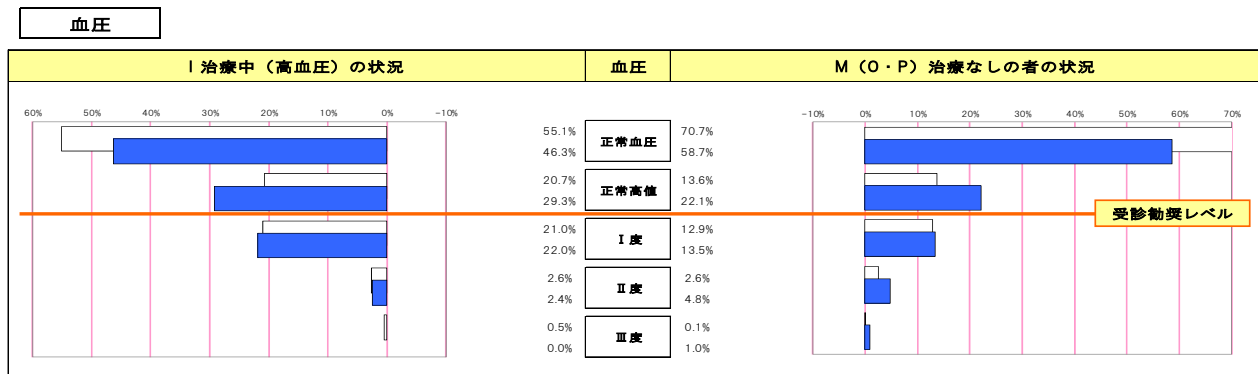
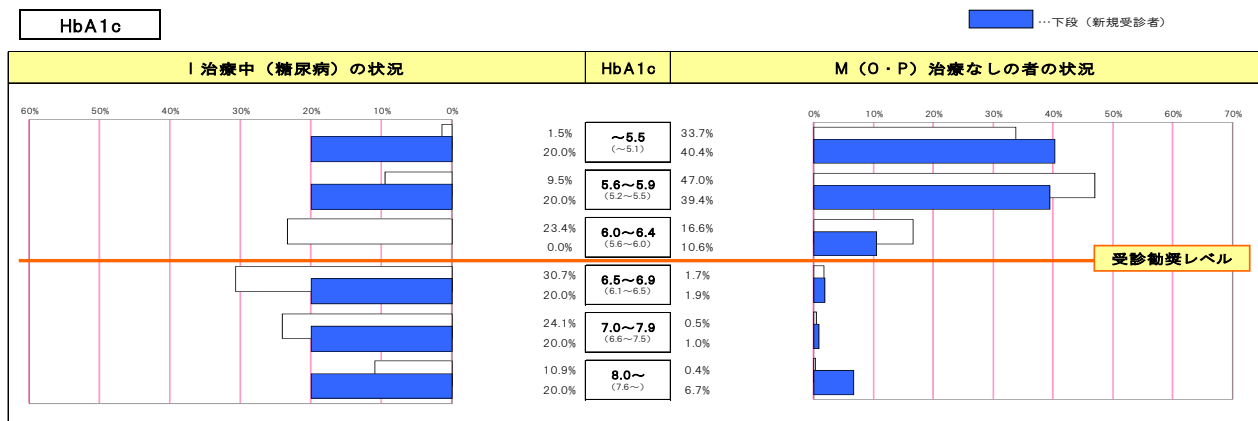
3）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

治療における継続受診者と新規受診者を比較すると、医療機関を受診していても解決しない疾患が糖尿病に特に多くみられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく必要がある。

また、治療なしの者での比較では、継続受診者、新規受診者ともに受診勧奨レベル前の正常または正常高値等の方が多いことから、重症化する前に健診を受診してもらい、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。

継続受診者と新規受診者の比較

【図表 18】



※治療中の目標値はHbA1c 7.0 未満

4）未受診者の把握（図表 19）

健診を受けることは、生活習慣病の発症予防、重症化予防の重要な取り組みであるが、平成 28 年度の町の特健診受診率は 57.0%で、同規模では第 3 位と高いほうと言える。

年代で比較すると、65 歳以上の受診率は 60%であるが、40～64 歳では 53.4%であり、受診勧奨対策も必要である。

健診未受診者で通院もしていない人は、健康状態の把握が全くできておらず、特に 40～64 歳健診未受診者の半数は健康状態が把握できていない。

健診も治療も受けていない人（図表 19 の「G 健診・治療なし」は、40～64 歳は 346 人、65～74

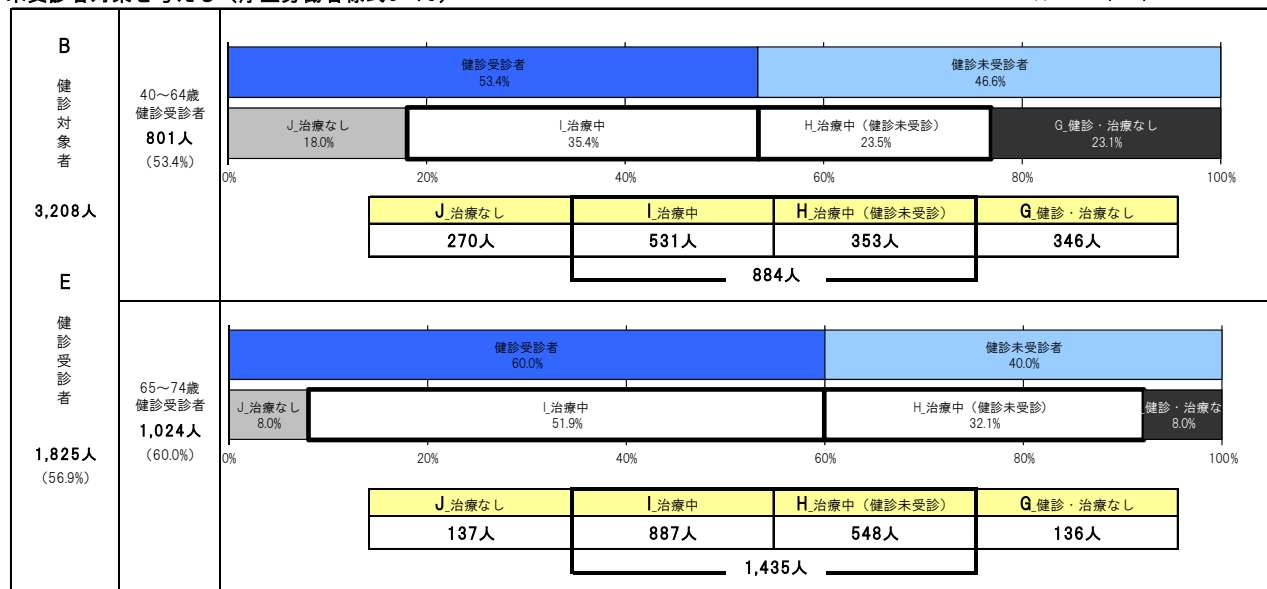
歳は 136 人で、優先的な健診受診勧奨の対象者である。また、通院中で健診を受けていない人（図表 19 の「H_治療中（健診未受診）」は 40～64 歳は 353 人、65～74 歳は 548 人で、通院中でも健診を受けてもらうための対策が必要である。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

【図表 19】

未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

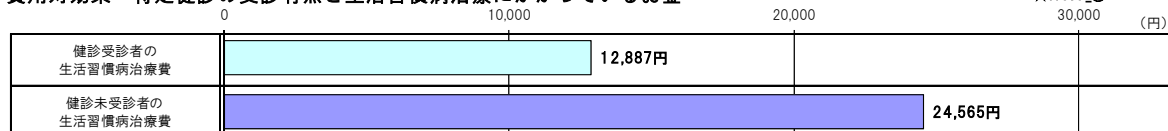
★NO.26 (CSV)



〇Q_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



3) 目標の設定

(1) 成果目標

当町においては、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることを目的とし目標を設定する。

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成 35 年度には平成 30 年度と比較して、

3つの疾患の医療費割合を3%減少させることを目標にする。

※3 疾患の医療費割合を減らすということを目指し、平成25年度の3疾患の医療費割合は22.7%で、平成28年度の19.7%と3%の減である。このことから、平成30年度～35年度で高齢化率も今後も上昇することを考えると今回の平成25年度～28年度と同様の3%減として考える。）

3%に相当する約540万円を減少するには、新規透析患者を1名減らすことを目標として考える。

また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

(2) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

そのためには、医療機関受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

当町の健診データから、有所見割合の上昇が著しい項目としてメタボリックシンドローム該当者、予備群の増とHbA1cの増があげられ、また、外来分の1件あたりの費用額では糖尿病が増加している。そのことから糖のコントロールというところも大きな課題であり、治療をしている人においても薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導も今後引き続き行っていく。

目標値は、次ページの「データヘルス計画の目標管理一覧表」に平成35年度までの目標値・実績を示し、評価・見直しを実施していく。

データヘルス計画の目標管理一覧表

			中間評価								最終評価				
	評価項目	評価指標	H28	H30		H31		H32		H33		H34		H35	
			現状	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績
成果目標	医療費の伸びの抑制	標準化医療費	28,738	28,200		27,700		27,200		26,700		26,200		26,000	
中長期目標	入院の伸び率	レセプトに占める入院の割合(費用割合)	40.4	39		39		38		38		37		37	
	重症化した結果の疾患の発生状況	新規 脳血管疾患患者数	46	40		40		35		35		30		30	
		虚血性心疾患患者数	46	40		40		35		35		30		30	
		人工透析患者数	3	2		1		0		0		0		0	
		高額(100万円)以上のレセプト 脳血管疾患患者数	2	2		2		2		2		2		2	
		虚血性心疾患患者数	7	7		7		7		7		7		7	
		人工透析患者数	22	22		22		22		22		22		22	
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率	57.0	59		61		63		64		65		65	
		特定保健指導実施率	60.8	61		62		63		64		65		66	
	基礎疾患の重症化予防	メタボリックシンドローム・予備群の割合	29.2	29		29		28		28		27		27	
		健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合	2.7	2.7		2.7		2.7		2.7		2.7		2.7	
		健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)の割合	10.1	8.7		8.7		8.7		8.7		8.7		8.7	
		健診受診者の糖尿病患者(未治療HbA1c6.5以上)の割合	9.2	6.6		6.6		6.6		6.6		6.6		6.6	
		糖尿病の未治療者の割合(HbA1c6.5以上)	3.9	3.8		3.8		3.8		3.7		3.7		3.7	
		がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	15.0	50		50		50		50		50		50
	肺がん検診		26.7	50		50		50		50		50		50	
	大腸がん検診		29.1	50		50		50		50		50		50	
	子宮頸がん検診		33.7	50		50		50		50		50		50	
	乳がん検診		14.5	50		50		50		50		50		50	
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う(健康づくり事業に参加する)者の割合	4.7	6.3		6.3		6.3		6.3		6.3		6.3	
	後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合	74.7	80		80		80		80		80		80	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第1期及び第2期は計画期間を5年としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年間として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	59%	61%	63%	64%	65%	65%
特定保健指導実施率	61%	62%	63%	64%	65%	66%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	3,298人	3,169人	3,055人	2,970人	2,885人	2,740人
	受診者数	1,945人	1,933人	1,924人	1,901人	1,875人	1,781人
特定保健指導	対象者数	200人	198人	196人	194人	192人	190人
	実施者数	122人	123人	123人	124人	125人	125人

4. 特定健診の実施

1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託し、下記の方法で実施する。

①複合健診(各保健センター他)

②がんセット健診

③個別健診(委託医療機関) ※平成30年度より実施予定

2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

3)健診実施機関リスト

健診機関 コード	健診機関名	住所	電話番号
4320700067	公立多良木病院健診センター 「コスモ」	多良木町多良木 4210	0966-42-2410
4318211366	人吉医療センター	人吉市老神町 35	0966-22-7070
4318212323	日赤熊本健康管理センター	熊本市長嶺南 2-1-1	096-387-8271
4320700075	高野病院総合健診センター	熊本市中央区大江 3 丁目 2-55	096-320-6510

4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、当町の健康実態を踏まえ、町独自で検査項目を追加して健診を実施する。

健診項目

健診等内容表

区 分		内 容	
健康 診 査	基本的な 健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)※ 1	
		自覚症状及び他覚症状の検査	
		身体計測	身長
			体重
			腹囲
			B M I
		血圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		血中脂質検査	中性脂肪
			H D L－コレステロール
			L D L－コレステロール
		肝機能検査	G O T
			G P T
			γ－G T P
		糖代謝検査	空腹時血糖
		尿検査	糖
			蛋白
	詳細な健診 の項目（医 師の判断に よる追加項 目）	貧血検査	赤血球数
			血色素量
			ヘマトクリット値
		心電図検査	
		眼底検査	
		血清クレアチニン検査（e GFR）	

保険者独自の追加健診項目	糖代謝検査(ヘモグロビンA1c)、腎機能検査(血清クレアチニン、血清尿酸)、※4尿検査(尿潜血・尿蛋白定量・尿中クレアチニン)、※5貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)、心電図検査、血清クレアチニン検査(eGFR)※6眼底
--------------	---

※4 尿蛋白定量・尿中クレアチニンにおいては健診当日に尿たんぱく1+以上の者を対象とする。(複合健診のみ実施)

※5 医師の判断による健診項目(詳細な健診の項目)となった場合は除く。

※6 眼底においては糖尿病治療中で詳細健診対象とならなかったもので眼底検査を定期的に受けていない者を対象とする。

5)実施時期

4月から12月末まで実施する。(原則) ※平成29年度現在

今後個別健診の医療機関委託次第では実施期間も変更となることもある

6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

前年度11～12月に申込書にて受診方法の確認および選択

① 保健センター等での複合健診 5～6月

② 健診機関でのがんセット健診 4～12月(原則)

[①②の対象者には、健診日程等と問診票の配布を事前に行う]

③ 5～6月健診終了後に個別健診を実施予定 8月～12月

[③については①終了後に特定健康診査受診券と特定健康診査委託医療機関や案内文等を郵送により行う(H30年度より実施予定)]

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、または外部健診機関への事業委託の形で行う。

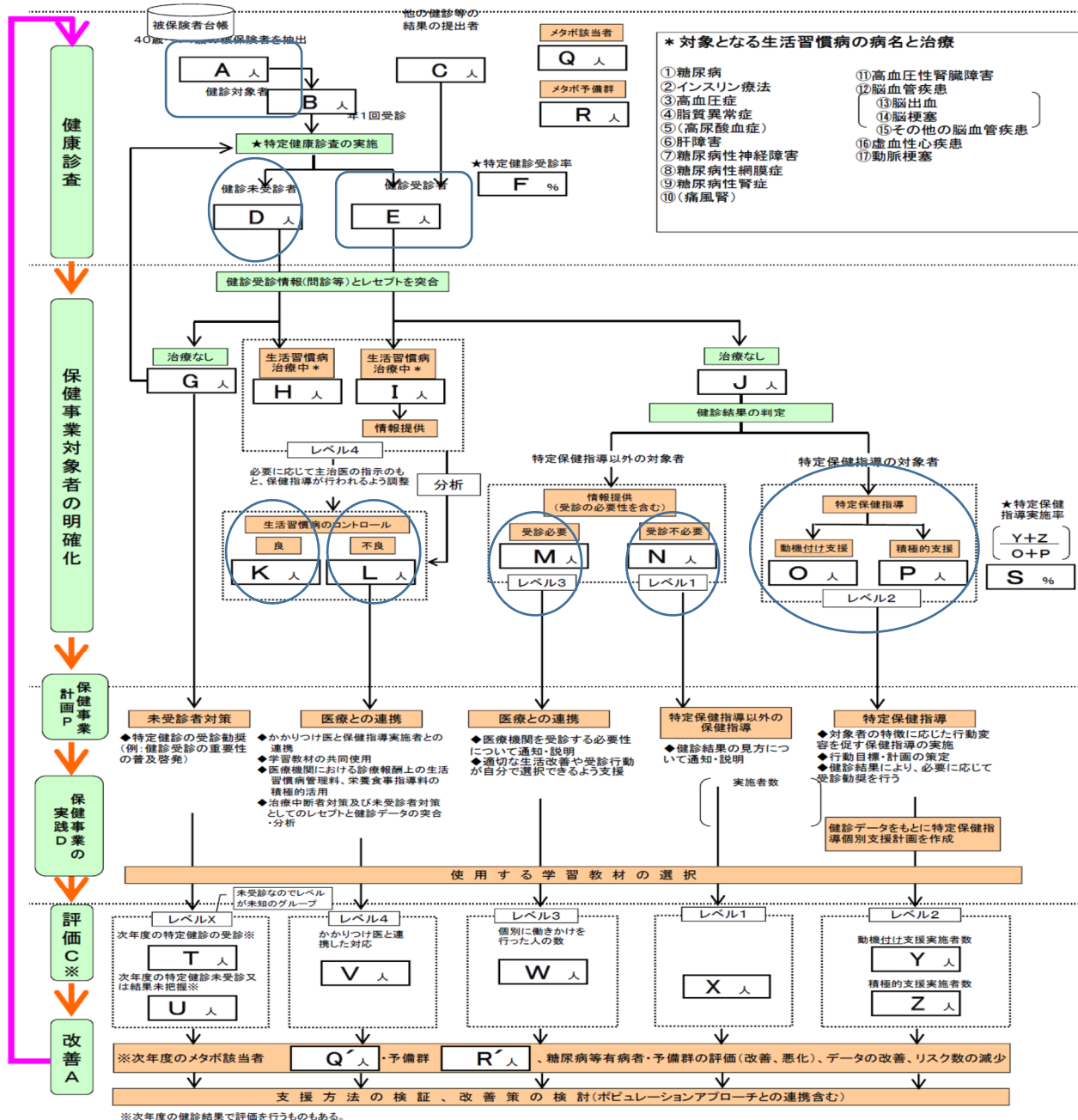
1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表22)

【図表 22】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



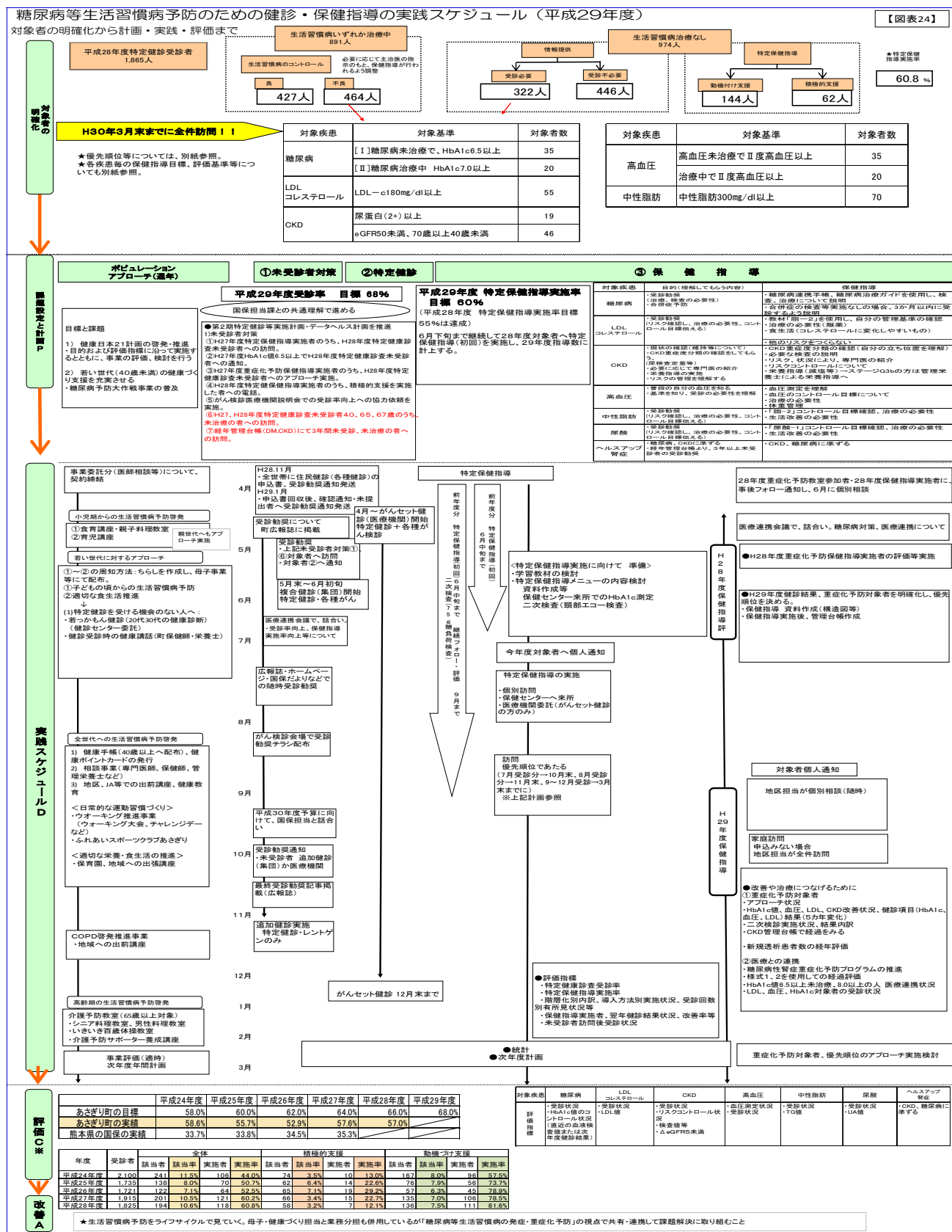
2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 23）

【図表 2 3】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 <H28 受診者での 割合（％）>	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	206 人 (11.0%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	323 人 (17.2%)	HbA1c6.5 以上につい ては 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	1,514 人 ※受診率目標達成にあと 427 人	68%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	453 人 (24.1%)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	899 人 (47.8%)	

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とP D C Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 24)



	目標	ストラクチャー	プロセス	アウトプット		アウトカム	
				評価指標・目標値	結果	評価指標・目標値	結果
1	特定健康診査未受診者対策	健診受診率が向上することで自分の身体の状態を理解し改善することができる。(健診も医療も受けていない人が減少する)	①保健師 看護師(嘱託) ②受託可能な個別健診医療機関	①新たに特定健診となる40歳を対象にがんセット無料健診の説明も合わせ訪問にて受診勧奨を行う。 ②複合健診終了後に、健診未申込者および治療中の対象者すべてに医療機関での個別健診受診勧奨を行う	①対象者 毎年新規に40歳になる国保加入者全員に訪問する ②6月～7月中に受診券の発行準備および発送が未申込者および治療中で受診していない人全員に行う	①年度末に新たに対象となった健診対象者の受診した割合を年度末に確認する ②医療機関での個別健診受診勧奨後、受診した割合を年度末に確認する	★特定健診等実施計画目標値より H30 61% H31 62% H32 63% H33 64% H34 65% H35 66%
2	重症化予防事業	虚血性心疾患、糖尿病、メタボリックシンドローム等の減少	健診委託機関 町保健師	①複合健診およびがんセット健診時に特定健診を受診し、紹介状発行された人を対象に受診の有無の確認を文書または訪問や電話にて行う	①要精密、要医療となった対象者を把握し全員に受診勧奨を行う	①数カ月に1回健診機関からの受診状況を把握し、年度末に受診した割合を確認する	目標値 紹介状発行者 100%受診

6. 個人情報の保護

1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律およびあさぎり町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

2)特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、健康管理システムおよび保健指導内容については個人ファイルにて管理する。

7. 結果の報告

実績報告については、健康管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、あさぎり町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すものとし、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果の有所見率を維持・改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な人には適切な受診勧奨を、また、治療中の人へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。当町においては、現在2次健診として特定保健指導の対象で同意の得られた方へ頸部エコーを実施し、動脈硬化の進行具合を確認するとともに生活改善へ向けた指導も行っている。また、特定健診の独自追加項目として、心電図やeGFRを全員実施、一部の健診では尿たんぱく(+)の方への蛋白定量検査を実施し、医療が必要な人への受診勧奨や、保健指導を行っている。今後は、尿検査において尿たんぱく(±)であった人を対象に2次健診として尿アルブミン検査を実施し、必要な人には早期介入を行っていく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病予防の取り組みを町民全体が行うことによって健康なあさぎり町民を増やすことにつながることで、また、生活習慣病の重症化によって町の医療費や介護費用等の社会保障費の増大につながることを広く町民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表25に沿って実施する。

- (1)健康診査等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応
- (3)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

【図表 25】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計 画 ・ 準 備	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○			□
2		健康課題の把握	○			□
3		チーム内での情報共有	○			□
4		保健事業の構想を練る(予算等)	○			□
5		医師会等への相談(情報提供)	○			□
6		糖尿病対策推進会議等への相談	○			□
7		情報連携方法の確認	○			□
8		対象者選定基準検討		○		□
9		基準に基づく該当者数試算		○		□
10		介入方法の検討		○		□
11		予算・人員配置の確認	○			□
12		実施方法の決定		○		□
13		計画書作成		○		□
14		募集方法の決定		○		□
15		マニュアル作成		○		□
16		保健指導等の準備		○		□
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○			□
18		個人情報の取り決め	○			□
19		苦情、トラブル対応	○			□
20	D 受 診 勧 奨	介入開始(受診勧奨)		○		□
21		記録、実施件数把握		○		□
22		かかりつけ医との連携状況把握	○			□
23		レセプトにて受診状況把握			○	□
24	D 保 健 指 導	募集(複数の手段で)	○			□
25		対象者決定	○			□
26		介入開始(初回面接)	○			□
27		継続的支援	○			□
28		カンファレンス、安全管理	○			□
29		かかりつけ医との連携状況確認	○			□
30		記録、実施件数把握		○		□
31	C 評 価 報 告	3ヶ月後実施状況評価			○	□
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)			○	□
33		1年後評価(健診・レセプト)			○	□
34		医師会等への事業報告	○			□
35		糖尿病対策推進会議等への報告	○			□
36	A 改 善	改善点の検討	○			□
37		マニュアル修正	○			□
38		次年度計画策定	○			□

*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者(通院中の患者で最終の受診日から6ヵ月経過しても受診した記録がない人)
- ③ 重症化するリスクの高い人

健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない人や尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR等により腎症と診断された人および腎症が疑われる人

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 26)

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

【図表 26】

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

あさぎり町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿と尿たんぱく(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 27)
あさぎり町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 27 人(11.4%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 593 人の中のうち、特定健診受診者が 157 人(26.5%・G)であったが、5 人(3.8%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 436 人(73.5%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 75 人中 13 人は治療中断であることが分かった。また、62 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 27 よりあさぎり町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・27 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・ 18 人
- ・介入方法として訪問、個別面談、電話、文書等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い人(ク)・・・ 125 人＊
＊125 人中でのコントロール不良(J:P56 参考資料2) 74 人を優先
- ・介入方法として訪問、個別面談、電話、文書等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

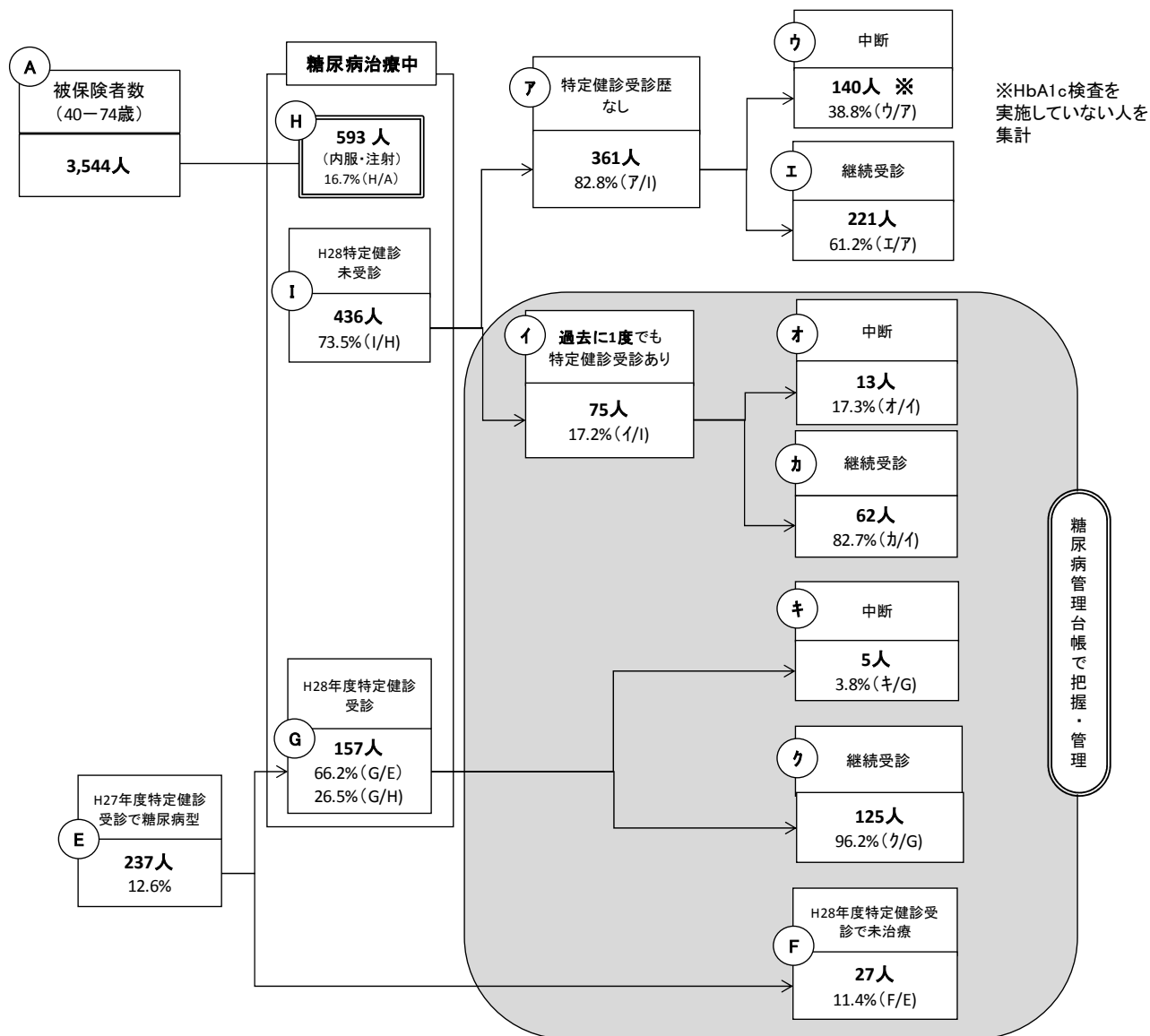
【保健指導】

- ・健診未受診者で過去の健診受診結果がHbA1c6.5 以上の者(力)・・・ 62 人
- ・介入方法として訪問、個別面談、電話、文書等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 27】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

＊HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

＊当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等本人申告のため漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進行とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。当町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 28)

【図表 28】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 - ヘモグロビンA1cとは - 糖尿病の治療の進め方 - 健診を受けた人の中での私の位置は？ - HbA1cと体重の変化 - HbA1cとGFRの変化 - 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ - 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ - 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能の評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞けど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2 次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期(図表 27)を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(+)の一部の対象には尿たんぱく定量検査を実施してきたところであるが、平成 30 年度からは尿たんぱく(±)へは 2 次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

特定健診受診後、医療機関未受診者については健診機関より発行されている紹介状等を使用し受診勧奨するとともに、糖尿病連携手帳等において、糖のみでなく眼科、歯科受診の必要性を伝え自己管理を行えるように配布するとともに医療機関へつなげる。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合、糖尿病連携手帳の活用の有無を確認・活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢福祉課(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の介護保険サービスの利用の必要が生じた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 5)を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入
(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 2)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。あさぎり町において健診受診者 1,881 人のうち心電図検査実施者は全員に実施しており、そのうちST所見があったのは49人であった(図表 29)。ST所見あり49人の中のうち9人は要精査であり、その後の受診状況をみると2人は未受診であった(図表 30)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの40人へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

あさぎり町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表29】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	1881	100	1881	100.0	49	2.6	911	48.4	921	49.0

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表30】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
49	100	9	18.4	7	77.8	2	22.2

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。当町においては、平成 29 年度時点では、特定健診受診者全員に心電図を実施している。今後実施する中で心電図検査を実施しない場合、図表 31 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表31】

		受診者	① 心電図検査実施			実施なし
			ST変化	その他の変化	異常なし	
平成28年度		1881	49	911	921	
			2.6	48.4	49.0	
メタボ該当者		329	9	168	152	②-1
		17.5%	2.7%	51.1%	46.2%	
メタボ予備群		223	11	113	99	
		11.9%	4.9%	50.7%	44.4%	
メタボなし		1329	19	640	670	
		70.6%	1.4%	48.2%	50.4%	
LDL	140-159	311	3	98	210	
		16.5%	1.0%	31.5%	67.5%	
	160-179	111	2	42	67	
		5.9%	1.8%	37.8%	60.4%	
	180-	55	0	22	33	②-2
		2.9%	0.0%	40.0%	60.0%	

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 32 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 32】

・少なくとも 15 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う			
症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血

性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢福祉課(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の介護保険サービスの利用の必要が生じた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入
(通年)

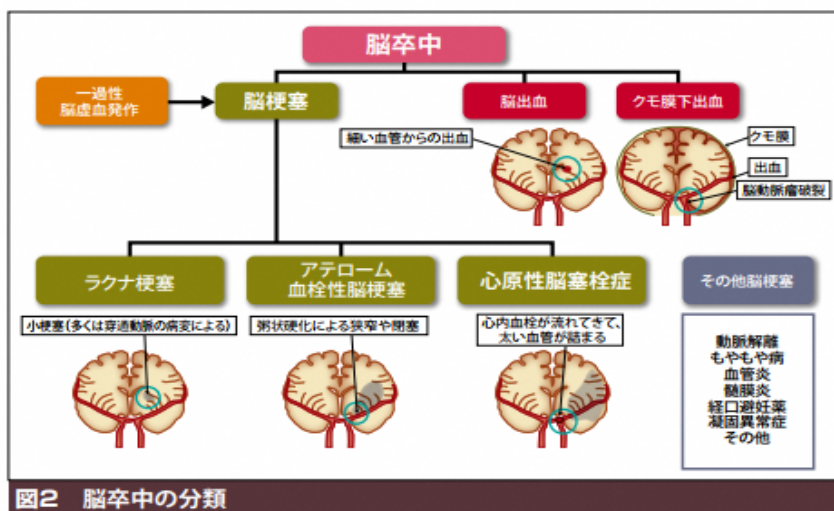
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 33、34)

【脳卒中の分類】

【図表 33】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 34】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 35 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者を把握することができる。

【図表35】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●	●			○	○						
	心原性脳梗塞	●				●		○	○						
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数		55人	2.9%	126人	6.7%	55人	2.9%	21人	1.1%	329人	17.5%	19人	1.0%	46人	2.5%
治療なし		35人	3.0%	67人	3.9%	46人	3.0%	6人	0.6%	61人	6.2%	4人	0.4%	8人	0.8%
治療あり		14人	25.5%	20人	15.9%	13人	23.6%	2人	9.5%	61人	18.5%	3人	15.8%	1人	2.2%
臓器障害あり		19人	54.3%	32人	47.8%	16人	34.8%	6人	100.0%	20人	32.8%	4人	100.0%	8人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		4人		2人		0人		3人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		2人		0人		0人		2人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		2人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		2人		0人		1人		0人		0人	
	心電図所見あり	19人		31人		15人		0人		19人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子であり、重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が55人(2.9%)であり、35人は未治療者であった。また未治療者のうち19人(54.3%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中のⅡ度高血圧の人が14人(25.5%)であり、医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

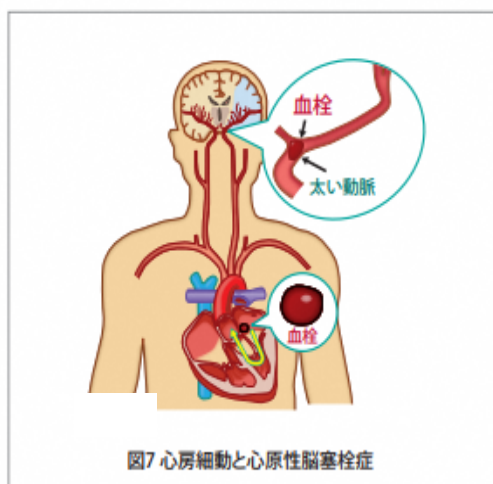
(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 36)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化								【図表 36】		
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）										
血圧分類 (mmHg)		至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,157	507	282	183	150	33	2	17	76	92
		43.8%	24.4%	15.8%	13.0%	2.9%	0.2%	1.5%	6.6%	8.0%
リスク第1層	199	116	43	22	17	1	0	17	1	0
		17.2%	22.9%	15.2%	12.0%	11.3%	3.0%	0.0%	100%	1.3%
リスク第2層	614	283	145	93	75	16	2	--	75	18
		53.1%	55.8%	51.4%	50.8%	50.0%	48.5%	100.0%	98.7%	19.6%
リスク第3層	344	108	94	68	58	16	0	--	--	74
		29.7%	21.3%	33.3%	37.2%	38.7%	48.5%	0.0%		
再掲） 重複あり	糖尿病	92	20	25	26	18	3	0		
		26.7%	18.5%	26.6%	38.2%	31.0%	18.8%	--		
	慢性腎臓病（CKD）	152	53	45	22	26	6	0		
		44.2%	49.1%	47.9%	32.4%	44.8%	37.5%	--		
3個以上の危険因子	158	50	39	29	29	11	0			
		45.9%	46.3%	41.5%	42.6%	50.0%	68.8%	--		
（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会										

図表 36 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

（3）心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 37 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

（脳卒中予防の提言より引用）

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表37】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	899	982	18	2.0	5	0.5	—	—
40歳代	102	82	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	152	160	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	441	524	12	2.7	1	0.2	1.9	0.4
70～74歳	204	216	6	2.9	4	1.8	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表38】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
23	100	6	26.1	17	73.9

心電図検査において23人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても男性は高いことがわかった。また23人のうち17人は既に治療が開始されていたが、6人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、今後も心電図検査の全数実施を継続していく必要がある。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。

また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評

価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあるとあるため、当町においては、頸動脈エコー検査と尿中アルブミン検査を二次健診において実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 8)

②心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 9)

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の人へは医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢福祉課(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の介護保険サービスの利用の必要が生じた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

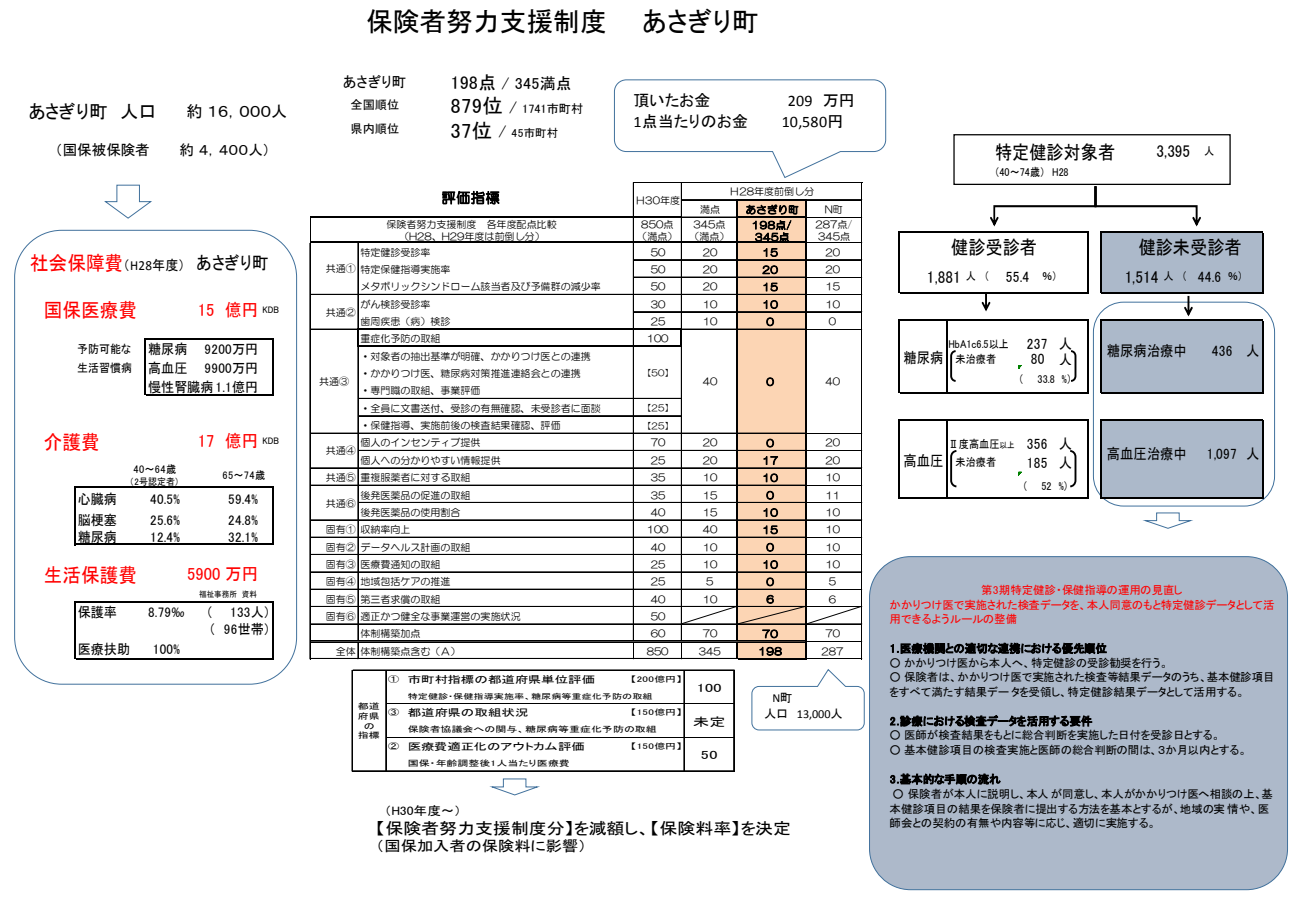
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入
(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病予防の取り組みを町民全体が行うことによって健康なあさぎり町民を増やすことにつながる、また、生活習慣病の重症化によって町の医療費や介護費用等の社会保障費の増大につながることを広く町民へ周知していく。（図表 39） 【図表 39】

また、これまで複合健診等で減塩キャンペーンとして食生活改善推進協議会活動の中でだし割醤油の普及や地域での味噌汁塩分測定等協力を得ているところである。今後も、住民の健康づくりの担い手として住民組織とともに連携して実施する。



第5章 地域包括ケアに係る取組

当町においては、国保部門を担う健康推進課においてデータの分析、情報共有を行いながら、高齢福祉課が介護保険を含め、地域ケア会議や啓発等の事業を実施している。

地域包括支援センターも高齢福祉課内に直営でおこなっていることから、包括支援センター職員と随時必要に応じて訪問、相談等実施しているところである。また、年に2回の医療連携会議の中で、町の健康状態の実態の情報提供や国保保険事業の報告および地域包括が行っている事業の共有を医師、歯科医師、健康推進課、高齢福祉課、教育委員会等担当者で行っている。

あさぎり町においては、重度の要介護状態（要介護3～5）となる割合が1号認定者も、2号認定者も高く、原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉えていく事ができる。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。（参考資料10）

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。その際、国民健康保険主管課である健康推進課が主体となり評価を行うが、介護保険部局（高齢福祉課）企画部局（企画財政課）、生活保護部局（生活福祉課）3課で連携し、進捗管理を行っていく。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置等による人員確保 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また評価体制としては、保健指導を実施する保健師、栄養士等の専門職のみでなく、計画の主体である国保事務職が相互連携して行う。

加えて図表4のように中長期計画の評価を行っていくうえで、健康推進課、高齢福祉課、生活福

祉課、企画財政課等の関係課で課題を話し合う場を設定していく。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、町内医療連携会議等において医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内糖での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみたあさぎり町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 生活習慣病有病状況

参考資料 11 評価イメージ 1

参考資料 12 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたあさぎり市の位置

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたあさぎり市の位置																										
項目				あさぎり町（H25）		あさぎり町（H28）		同規模平均		県		国		データ元（CSV）												
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合													
1	①	人口構成	総人口	16,491		16,491		2,213,234		1,794,477		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題												
			65歳以上（高齢化率）	5,009	30.4	5,009	30.4	623,636	28.2	462,261	25.8	29,020,766	23.2													
			75歳以上	2,909	17.6	2,909	17.6			253,517	14.1	13,989,864	11.2													
			65～74歳	2,100	12.7	2,100	12.7			208,744	11.6	15,030,902	12.0													
			40～64歳	5,595	33.9	5,595	33.9			602,031	33.5	42,411,922	34.0													
		39歳以下	5,887	35.7	5,887	35.7			730,185	40.7	53,420,287	42.8														
	②	産業構成	第1次産業	24.0		24.0		12.2		10.5		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題												
			第2次産業	22.2		22.2		27.7		21.2		25.2														
			第3次産業	53.8		53.8		60.1		68.4		70.6														
	③	平均寿命	男性	81.0		81.0		79.3		80.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握												
女性			87.0		87.0		86.3		87.0		86.4															
④	健康寿命	男性	65.5		65.5		65.1		65.3		65.2															
		女性	67.3		67.4		66.8		66.7		66.8															
2	①	死亡の状況	標準化死亡率（SMR）	男性	102.8		97.9		103.9		94.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握											
				女性	96.8		98.6		102.0		92.8		100													
			死因	がん	54	40.6	49	44.1	7,565	46.0	5,499	48.4	367,905	49.6												
				心臓病	41	30.8	27	24.3	4,757	29.0	3,135	27.6	196,768	26.5												
				脳疾患	23	17.3	26	23.4	2,675	16.3	1,774	15.6	114,122	15.4												
				糖尿病	0	0.0	1	0.9	338	2.1	183	1.6	13,658	1.8												
				腎不全	7	5.3	5	4.5	619	3.8	449	3.9	24,763	3.3												
				自殺	8	6.0	3	2.7	474	2.9	332	2.9	24,294	3.3												
	②	早世予防から みた死亡 （65歳未満）	合計	8.7										厚生省HP 人口動態調査												
			男性	11.7（県内37位）																						
			女性	5.7（県内28位）																						
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	943	18.8	980	19.3	126,477	20.4	108,753	23.3	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握											
新規認定者				11	0.3	21	0.3	2,113	0.3	1,536	0.3	105,636	0.3													
				2号認定者	26	0.5	18	0.4	2,818	0.4	2,247	0.4	151,813	0.4												
②		有病状況	糖尿病	144	14.5	186	18.6	27,976	21.2	24,299	21.5	1,350,152	22.1													
			高血圧症	505	53.8	669	66.1	69,160	52.8	64,733	57.8	3,101,200	50.9													
			脂質異常症	194	20.2	305	28.8	35,266	26.8	33,149	29.4	1,741,866	28.4													
			心臓病	545	57.8	722	71.2	78,851	60.3	73,278	65.4	3,529,682	58.0													
			脳疾患	272	30.0	299	30.7	34,930	26.8	28,092	25.5	1,538,683	25.5													
			がん	63	7.4	81	7.5	13,037	9.8	12,291	10.8	631,950	10.3													
			筋・骨格	441	47.5	610	61.0	67,521	51.7	66,219	59.0	3,067,196	50.3													
			精神	330	33.5	438	42.6	47,722	36.3	43,162	38.3	2,154,214	35.2													
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）	71,181		72,256		67,108		61,022		58,284														
			居宅サービス	42,594		43,757		41,924		40,033		39,662														
			施設サービス	289,535		293,637		276,079		291,281		281,186														
④		医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり	11,482	7,502	8,324	8,546	7,980																	
				認定なし	3,593	3,932	3,994	3,906	3,816																	
4	①	国保の状況	被保険者数	5,017		4,442		574,796		471,539		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況												
			65～74歳	1,657	33.0	1,783	40.1			182,325	38.7	12,461,613	38.2													
			40～64歳	2,077	41.4	1,632	36.7			162,787	34.5	10,946,712	33.6													
			39歳以下	1,283	25.6	1,027	23.1			126,427	26.8	9,179,541	28.2													
			加入率	30.4		26.9		26.0		26.3		26.9														
	②	医療の概況 （人口千対）	病院数	1	0.2	1	0.2	173	0.3	214	0.5	8,255	0.3													
			診療所数	12	2.4	12	2.7	1,295	2.3	1,471	3.1	96,727	3.0													
			病床数	54	10.8	54	12.2	22,850	39.8	35,190	74.6	1,524,378	46.8													
			医師数	9	1.8	9	2.0	2,887	5.0	5,156	10.9	299,792	9.2													
			外来患者数	661.9		776.6		686.7		727.3		668.1														
			入院患者数	20.7		24.2		22.1		25.6		18.2														
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	24,480	県内36位		28,738	県内20位 同規模34位		26,719	27,974		24,245	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握												
			受診率	682.651		800.803		708.781		752.848		686.286														
			外 来	費用の割合	59.1	59.6	57.8	55.7	60.1																	
				件数の割合	97.0	97.0	96.9	96.6	97.4																	
			入 院	費用の割合	40.9	40.4	42.2	44.3	39.9																	
				件数の割合	3.0	3.0	3.1	3.4	2.6																	
			1件あたり在院日数	18.9日		17.2日		16.6日		18.0日		15.6日														
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源傷病 名（調剤含む）	がん	139,063,870	16.0	179,135,940	19.8	24.4	20.5	25.6			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域														
		慢性腎不全（透析あり）	116,600,790	13.4	116,053,520	12.8	9.4	12.4	9.7																	
		糖尿病	89,554,240	10.3	92,473,300	10.2	10.2	9.5	9.7																	
		高血圧症	124,604,670	14.3	99,001,480	10.9	9.0	8.4	8.6																	
		精神	164,747,850	19.0	171,692,310	19.0	18.4	22.4	16.9																	
		筋・骨格	109,696,620	12.6	124,360,260	13.8	15.2	15.1	15.2																	

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	572,750	3位	(20)	532,682	21位	(16)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
				高血圧	461,548	36位	(20)	505,577	28位	(17)							
				脂質異常症	490,808	18位	(22)	518,808	14位	(19)							
				脳血管疾患	529,232	34位	(22)	493,003	39位	(19)							
				心疾患	598,287	20位	(20)	643,810	17位	(13)							
				腎不全	510,981	39位	(14)	463,724	42位	(16)							
				精神	417,337	18位	(27)	424,605	26位	(25)							
				悪性新生物	700,748	3位	(14)	665,680	8位	(13)							
				外来	糖尿病	35,281	21位		35,375	19位							
					高血圧	30,854	11位		28,574	23位							
脂質異常症	25,335	26位			24,318	29位											
脳血管疾患	36,336	16位			34,627	21位											
心疾患	48,061	12位			44,524	19位											
腎不全	203,913	16位			203,913	19位											
精神	26,478	33位			29,827	24位											
悪性新生物	54,728	2位			57,460	7位											
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,032		5,413		3,095		2,198		2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域				
		健診未受診者	4,118		10,318		12,111		12,509		12,339						
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	16,568		12,887		8,344		5,853		6,742						
健診・レセ 実合	受診勧奨者	1,145	55.1	941	51.6	94,649	55.9	60,057	55.2	4,427,425	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
医療機関受診率	1,016	48.9	873	47.8	86,527	51.1	55,724	51.2	4,069,632	51.5							
医療機関非受診率	129	6.2	68	3.7	8,122	4.8	4,333	4.0	357,793	4.5							
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	メタボ	健診受診者	2,077			1,825			169,425		108,836		7,898,602		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
				受診率	58.8	県内9位 同規模3位	56.9	県内11位 同規模3位	41.0		34.1	全国33位	36.4				
				特定保健指導終了者（実施率）	115	57.2	117	60.0	7675	36.9	5,067	37.9	191,922	20.3			
				非肥満高血糖	122	5.9	123	6.7	16,972	10.0	9,737	8.9	737,871	9.3			
				該当者	325	15.6	319	17.5	29,849	17.6	18,344	16.9	1,365,885	17.3			
					男性	216	22.3	225	25.8	20,492	26.8	12,812	26.8	940,350	27.5		
					女性	109	9.8	94	9.9	9,357	10.1	5,532	9.1	425,535	9.5		
				予備群	218	10.5	215	11.8	18,589	11.0	12,351	11.3	847,757	10.7			
					男性	137	14.2	130	14.9	12,858	16.8	8,307	17.4	588,322	17.2		
					女性	81	7.3	85	8.9	5,731	6.2	4,044	6.6	259,435	5.8		
				総数	607	29.2	615	33.7	54,266	32.0	34,803	32.0	2,490,653	31.5			
					男性	394	40.7	405	46.4	37,210	48.6	23,754	49.8	1,714,294	50.2		
					女性	213	19.2	210	22.1	17,056	18.4	11,049	18.1	776,359	17.3		
				BMI	総数	100	4.8	76	4.2	8,621	5.1	4,579	4.2	372,673	4.7		
					男性	22	2.3	19	2.2	1,455	1.9	712	1.5	59,609	1.7		
					女性	78	7.0	57	6.0	7,166	7.7	3,867	6.3	313,064	7.0		
				血糖のみ	11	0.5	6	0.3	1,181	0.7	794	0.7	52,299	0.7			
				血圧のみ	166	8.0	148	8.1	12,870	7.6	8,842	8.1	587,214	7.4			
				脂質のみ	41	2.0	61	3.3	4,538	2.7	2,715	2.5	208,235	2.6			
血糖・血圧	59	2.8	59	3.2	5,121	3.0	3,488	3.2	211,996	2.7							
血糖・脂質	11	0.5	14	0.8	1,656	1.0	960	0.9	75,037	1.0							
血圧・脂質	171	8.2	145	7.9	13,984	8.3	8,521	7.8	663,535	8.4							
血糖・血圧・脂質	84	4.0	101	5.5	9,088	5.4	5,375	4.9	415,318	5.3							
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	786	37.8		706	38.7		59,191	35.0	36,552	33.6	2,650,269	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	155	7.5		153	8.4		13,756	8.1	7,968	7.3	589,679		
				脂質異常症	349	16.8		351	19.2		39,064	23.1	22,932	21.1	1,861,172		
			既往 歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	63	3.0		56	3.1		5,171	3.2	3,037	2.8	246,264		3.3
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	52	2.5		56	3.1		9,675	6.0	5,576	5.2	417,386		5.5
				腎不全	44	2.1		41	2.2		786	0.5	437	0.4	39,181		0.5
				貧血	137	6.6		120	6.6		13,916	8.7	11,247	10.5	761,617		10.2
			喫煙	290	14.0		249	13.6		23,957	14.1	14,438	13.3	1,122,770	14.2		
			週3回以上朝食を抜く	171	8.3		156	8.6		10,392	7.0	8,211	8.5	585,443	8.7		
			週3回以上食後間食	175	8.5		158	8.7		19,186	12.8	11,260	11.4	804,012	11.9		
			週3回以上就寝前夕食	310	15.0		239	13.2		23,760	15.9	14,549	14.8	1,054,636	15.5		
			食べる速度が速い	519	25.2		481	26.6		41,067	27.5	25,790	26.2	1,755,652	26.0		
			20歳時体重から10kg以上増加	637	30.9		570	31.5		47,870	32.1	33,551	33.2	2,192,397	32.1		
			1回30分以上運動習慣なし	1,327	64.3		1,221	67.5		93,986	62.8	61,879	61.3	4,026,273	58.8		
			1日1時間以上運動なし	1,131	54.8		1,000	55.2		70,876	47.6	49,841	50.5	3,209,243	47.0		
			睡眠不足	547	26.5		524	29.0		37,570	25.3	24,811	25.2	1,698,203	25.1		
			毎日飲酒	598	29.0		554	30.6		40,677	25.3	26,095	25.0	1,886,358	25.6		
			時々飲酒	523	25.3		479	26.5		32,633	20.3	24,936	23.8	1,628,531	22.1		
			⑭	一 日 飲 酒 量	1合未満	562	48.4		614	48.5	65,110	62.0	58,893	69.7	3,334,011		64.0
1～2合	321	27.6				395	31.2	26,275	25.0	16,278	19.3	1,245,365	23.9				
2～3合	181	15.6				179	14.2	10,712	10.2	6,373	7.5	486,513	9.3				
3合以上	98	8.4				77	6.1	2,961	2.8	2,913	3.4	142,761	2.7				

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）

番号	追加 年度	地区	氏名	性別	年度 年齢	診療開始日 合併症の有無		項目		H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬									
						高血圧		HbA1c									
						虚血性心疾患	糖 以外	体重									
						脳血管疾患		BMI									
						糖尿病性腎症		血圧									
							CKD	GFR									
								尿蛋白									
						糖尿病	糖	服薬									
						高血圧		HbA1c									
						虚血性心疾患	糖 以外	体重									
						脳血管疾患		BMI									
						糖尿病性腎症		血圧									
							CKD	GFR									
								尿蛋白									

糖尿病管理台帳からの年次計画			H	年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握			地区担当が実施すること			他の専門職との連携
糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕)			1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因			後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
㉔健診未受診者			2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認			
結果把握			3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認			
㉕結果把握			4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導			かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続
㉔国保(生保)			合併症 ●脳・心疾患 ●人工透析 ●がん			
㉕後期高齢者						
㉔他保険						
㉕住基異動(死亡・転出)						
㉔確認できず						
㉔-1 未治療者(中断者含む)						
*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である						
㉔HbA1cが悪化している						
例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している						
*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある						
㉔尿蛋白(一)						
(±)						
(+) ~顕性腎症						栄養士中心
㉔eGFR値の変化						
1年で25%以上低下						腎専門医
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下						

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価					同規模 区分		11		都道府県 熊本県		市町村名		あさぎり町			
項目				突 合 表	保険者				同規模保険者(平均)				データ基			
					28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数127					
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	被保険者数		A	4,612人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	②	(再掲)40-74歳			3,544人											
2	①	特定健診	対象者数	B	3,395人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書			
	②		受診者数	C	1,881人											
	③		受診率		55.4%											
3	①	特定 保健指導	対象者数		194人											
	②		実施率		60.8%											
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	237人	12.6%							特定健診結果			
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	80人	33.8%										
	③			治療中(質問票 服薬あり)	G	157人	66.2%									
	④				コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	74人		47.1%							
	⑤		血圧 130/80				36人		48.6%							
	⑥			肥満 BMI25以上	K	36人		48.6%								
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満			83人		52.9%								
	⑧			第1期 尿蛋白(一)	M	178人		75.1%								
	⑨		第2期 尿蛋白(±)			33人		13.9%								
	⑩					第3期 尿蛋白(+)以上	24人		10.1%							
	⑪		第4期 eGFR30未満				2人		0.8%							
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)			130.3人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2				
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)			167.3人										
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)		2,941件	(861.2)				2,741件	(787.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
	④			入院(件数)		26件	(7.6)				19件	(5.6)				
	⑤		糖尿病治療中		H	601人		13.0%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥		(再掲)40-74歳			593人		16.7%								
	⑦		健診未受診者		I	436人		73.5%								
	⑧		インスリン治療		O	53人		1.1%								
	⑨		(再掲)40-74歳			53人		1.1%								
	⑩		糖尿病性腎症		L	36人		0.8%								
	⑪		(再掲)40-74歳			36人		0.8%								
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			12人		2.00%								
	⑬		(再掲)40-74歳			12人		2.02%								
	⑭		新規透析患者数			2		0.3								
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症			2		0.3						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			10人		1.5%								
6	①	医療費	総医療費			15億6779万円						14億8907万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
	②		生活習慣病総医療費			9億0422万円						8億4869万円				
	③		(総医療費に占める割合)			57.7%						57.0%				
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		12,887円						8,344円				
	⑤			健診未受診者		24,565円						32,649円				
	⑥		糖尿病医療費			9247万円						8615万円				
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			10.2%						10.2%				
	⑧		糖尿病入院外総医療費			2億7936万円										
	⑨		1件あたり			35,375円										
	⑩		糖尿病入院総医療費			1億4809万円										
	⑪		1件あたり			532,682円										
	⑫		在院日数			16日										
	⑬		慢性腎不全医療費			1億2535万円						8497万円				
	⑭		透析有り	透析有り			1億1605万円						7975万円			
	⑮			透析なし		930万円						522万円				
7	①	介護	介護給付費			17億4924万円						15億4299万円				
	②		(2号認定者)糖尿病合併症			1件	500.0%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			1人	0.5%					3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

[illegible]

【参考資料 6】

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況		対象者
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク	
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見	⑤ 重症化予防対象者
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧		発症予防対象者
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。		
	判定	正常 軽度 重度	追加評価項目
□メタボリックシンドローム	□腹囲	男 85～ 女 90～	
	□BMI	～24.9 25～	
	□中性脂肪	空腹 ～149 150～299 300～	
		食後 ～199 200～	
	□HDL-C	40～ 35～39 ～34	
	□nonHDL-C	～149 150～169 170～	
	□ALT	～30 31～50 51～	
	□γ-GT	～50 51～100 101～	
	□血糖	空腹 ～99 100～125 126～	【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後 ～139 140～199 200～	
	□HbA1c	～5.5 5.6～6.4 6.5～	
	□血圧	収縮期 ～129 130～139 140～	☐ 24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
		拡張期 ～84 85～89 90～	
	□尿酸	～7.0 7.1～7.9 8.0～	
④ □LDL-C	～119 120～139 140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無	
e G F R		60未満	
尿蛋白	(-) (+) ～		
□C K D重症度分類		G3aA1	

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																	
						過去5年間のうち直近						血圧											
	H24											H25			H26			H27			H28		
	メタボ判定	HbA1c				LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期

【参考資料 9】

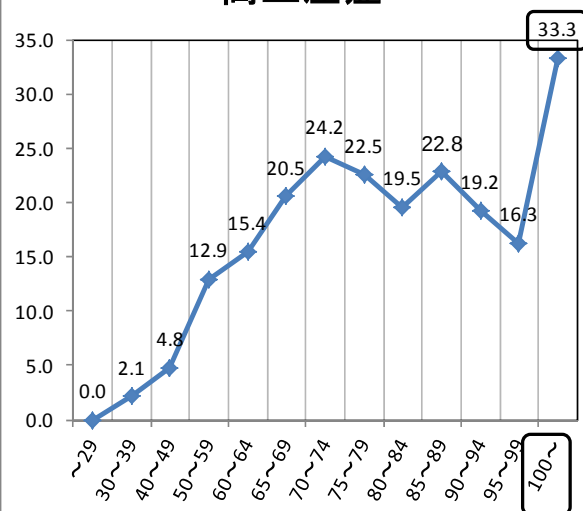
心房細動管理台帳

照会 番号	登録年度 番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療 機関名	心房細動 の病名	心房細動 の発症開始日	脳梗塞 病名	脳梗塞 発症日	H26年度					H27年度					H28年度																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
												健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				</

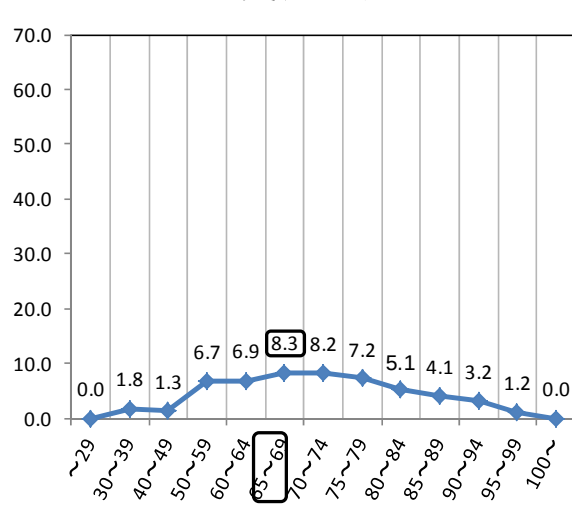
生活習慣病有病状況(あさぎり町)

平成29年5月診療分(KDBシステム平成29年7月作成)

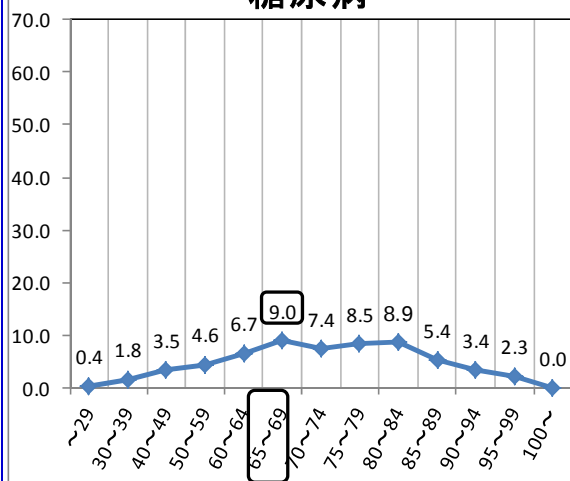
高血圧症



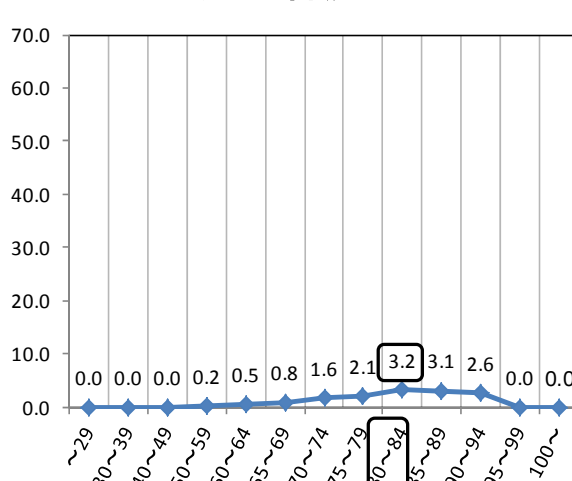
脂質異常症



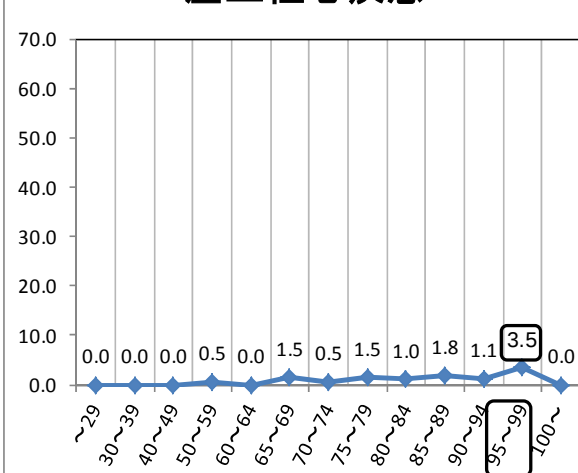
糖尿病



脳血管疾患



虚血性心疾患



平成29年度に向けての全体評価

課題・目標					評価（良くなったところ）					表 1									
課題・目標					①プロセス （やってきた実践の過程）					⑤残っている課題									
目 標					未受診者対策					④ストラクチャー （構 造）									
○特定健診 H29年度目標68% H29年度実績68% H29年度目標60% ○健康受診者の検査結果の改善 （血圧・血糖・脂質・OKD） ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病を減らすことを目標 ○医療費の伸びを抑える					○特定健診 今年度より新たに特定健診の対象となるの歳を対象に、がんセット無料健診の説明も含む訪問にて受診勧奨を行った。 ・41～49歳の特定健診未申込み者を対象に訪問・受診勧奨する。また、9月には追加健診を行い、事前1～59歳までの未受診者を対象としてできるだけ期間にて受診勧奨する。 ➡ ・受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、やはり60代50代の若い世代の受診率が低い。またどの世代においても女性に比べて男性の受診率が低い。 ・特定健診未申込み者に対して受診勧奨を行ってきたが、対象者の選定に關して検討する必要がある。（優先順位をつけて、全く今まで受診したことのない人よりも今まで何回か受診したことがあるような人など） ・病院で受診する、治療中と答えた対象は現在勧奨対象から外れているが、今後医療機関との特定健診の委託を検討し、治療中の人がかかりつけ医のもとで受診ができるような体制づくりと勧奨が必要。町内医療機関と医療連携会議での形を整ってきつつあるが、今後連携会議の場を活用し、具体的な推進体制を速めていく必要がある。					○未受診者訪問要請状況 ○医療機関との特定健診委託に向けての検討 ○医療連携会議等での町内医療機関へのアプローチ状況					○重症化予防策にに取り組んでいくために、福祉や医師活用し今年度取り組みだが、雇用確保の問題があり、予定どおりの訪問につなげられなかった。 今後とも重症化予防策に取り組んでいる上で、看護師や栄養士等の引継ぎの確保が必要となる。 ○通常業務の時間帯では、アプロードしても余えない人が、そのままに重症化している場合の対応について検討し必要がある。 ○町内医師との連携等の連携は進んでいる。里々の医療機関との連携をすすめていく上で、ひとつひとつの事例を通じて連携を積み重ねていくようにする。				
未受診者対策					重症化予防対策					未受診者対策									
◆受診率が低い。数年間、頭打ちになっている。 ◆医療機関の協力等による取り組み ○早期介入保健指導事業 ◆対象者の選定、評価方法等検討					○重症化予防事業の進捗状況 ○保健指導（所内、訪問）実施状況					○保健指導要請実施者の受診の受診結果状況 ○保健指導後の医療機関の受診 ・高血圧 15/27(55.6%) ・脂質異常 34/60(56.7%) ・腎機能 25/32(78.1%) ○健康指導実施者の受診率 H29年度目標68% H29年度実績68% H29年度目標60% ○健康受診者の検査結果の改善 （血圧・血糖・脂質・OKD） ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病を減らすことを目標 ○医療費の伸びを抑える					○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の活用、地区台帳をもとに毎年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行っていく。				
重症化予防対策					重症化予防対策					重症化予防対策									
◆対象者、方法等の検討。 ◆評価指標の検討。					○重症化予防策の実施状況 ○保健指導後の医療機関の受診 ・高血圧 15/27(55.6%) ・糖尿病 34/60(56.7%) ・脂質異常 69/104(66.3%) ・腎機能 25/32(78.1%) ○健康指導実施者の受診率 H29年度目標68% H29年度実績68% H29年度目標60% ○健康受診者の検査結果の改善 （血圧・血糖・脂質・OKD） ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病を減らすことを目標 ○医療費の伸びを抑える					○紹介状発行者の受診勧奨時期についての検討 ○保健指導後の評価指標の検討。（健診、検査値の改善状況等） ○保健事業の目標、評価指標の検討。（健診、検査値の改善状況等）									

